

Série 1. **FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON** N° 632

DE
L'ÉNUCLÉATION INTRAGLANDULAIRE
DES GOITRES
STRUMECTOMIE

(24 Observations inédites)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Samedi 9 Janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS FONTAINE DE PRELLE

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Saint-Martin-d'Auxigny (Cher), le 18 Janvier 1869

BOURGES

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE HIPPOLYTE SIRE

4, Rue des Armuriers, et 6 bis (cour de l'Oratoire)

Janvier 1892

Série 1. **FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON** N° 652

DE
L'ÉNUCLÉATION INTRAGLANDULAIRE
DES GOITRES
STRUMECTOMIE

(24 Observations inédites)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Samedi 9 Janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS FONTAINE DE PRELLE

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Saint-Martin-d'Auxigny (Cher), le 18 Janvier 1869

BOURGES
TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE HIPPOLYTE SIRE
4, Rue des Armuriers, et 6 bis (cour de l'Oratoire)

Janvier 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNEUQ.
Clinique organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	J. TESSIER.
Pathologie externe	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER (RAYMOND)
Médecine opératoire	PONCET.
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. PERRET, agrégé.
Accouchements	POULLET, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. POLLOSSON.	MM. VIALLETON.
BARD.	JABOULAY	POULLET.	WEILL.
BEAUVISAGE.	LANNOY.	RODET.	
CHANDELUX.	LINOSSIER.	ROQUE.	
DIDELOT.	PERRET.	SABATIER.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. GAYET, Assesseur ; MM. AUGAGNEUR et GANGOLPHE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS 

A M. LE BARON LARREY

HOMMAGE RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

M. LE PROFESSEUR PONCET

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN MAJOR DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON

A M. LE D^r HUMBERT MOLLIÈRE

A MES MAÎTRES DE LYON

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Il n'est peut-être pas de maladies, qui aient autant bénéficié de la méthode antiseptique, que les affections du corps thyroïde. Autrefois, en effet, réduits à des opérations palliatives, souvent aussi dangereuses qu'inefficaces, les chirurgiens se trouvaient parfois désarmés, en présence de goitreux, suffoquant sous la pression de leur tumeur. Pour lutter contre ces terribles accidents d'asphyxie, quelques-uns plus hardis tentaient la thyroïdectomie : leurs malades leur étaient enlevés presque infailliblement en quelques jours, soit par l'infection, soit par des hémorrhagies foudroyantes, et ils devaient bien vite renoncer à cette opération.

Mais aujourd'hui, grâce à l'antiseptie et aux perfectionnements apportés à la technique opératoire, la thyroïdectomie est entrée dans le domaine des opérations courantes et ne donne plus guère que des succès. Aussi, M. le professeur Poncet pouvait, sans être contredit de personne, déclarer à une séance de la Société des sciences médicales de Lyon : « qu'aujourd'hui, l'extir-

pation du goître était le seul traitement vraiment rationnel et radical de cette affection. »

Nous verrons tout à l'heure les nombreux procédés imaginés par les chirurgiens pour arriver à ce but, leur engouement pour la thyroïdectomie, soit totale, soit partielle, jusqu'au jour où une méthode nouvelle en rendit beaucoup plus limitées les indications et vint s'ériger en procédé de choix pour l'extirpation des goîtres : nous voulons parler de la méthode de Socin, ou de l'énucléation intraglandulaire des goîtres. C'est là un des plus grands progrès réalisés en ces dernières années dans le traitement des affections du corps thyroïde : le chirurgien, d'ailleurs, s'en convaincra facilement s'il compare la simplicité du manuel opératoire et les excellents résultats de l'énucléation, avec les difficultés, les complications et les suites souvent déplorables de la thyroïdectomie.

Depuis plusieurs années, M. le professeur Poncet pratique la strumectomie et cette opération ne lui a donné que des succès : aussi, en présence de ces excellents résultats, nous a-t-il engagé à montrer tous les avantages de l'énucléation et à faire voir qu'elle devait remplacer la thyroïdectomie dans la majorité des cas.

Guidé par l'expérience et les précieux conseils de ce maître bienveillant, nous avons recherché quelles étaient les origines de ce procédé, et montré qu'il découlait tout naturellement des rapports de la tumeur et de la glande : après quoi, nous avons décrit la technique opératoire, telle que l'a pratiquée M. le professeur Poncet dans les nombreuses observations qu'il a bien voulu nous communiquer et, après avoir indiqué les immense_s

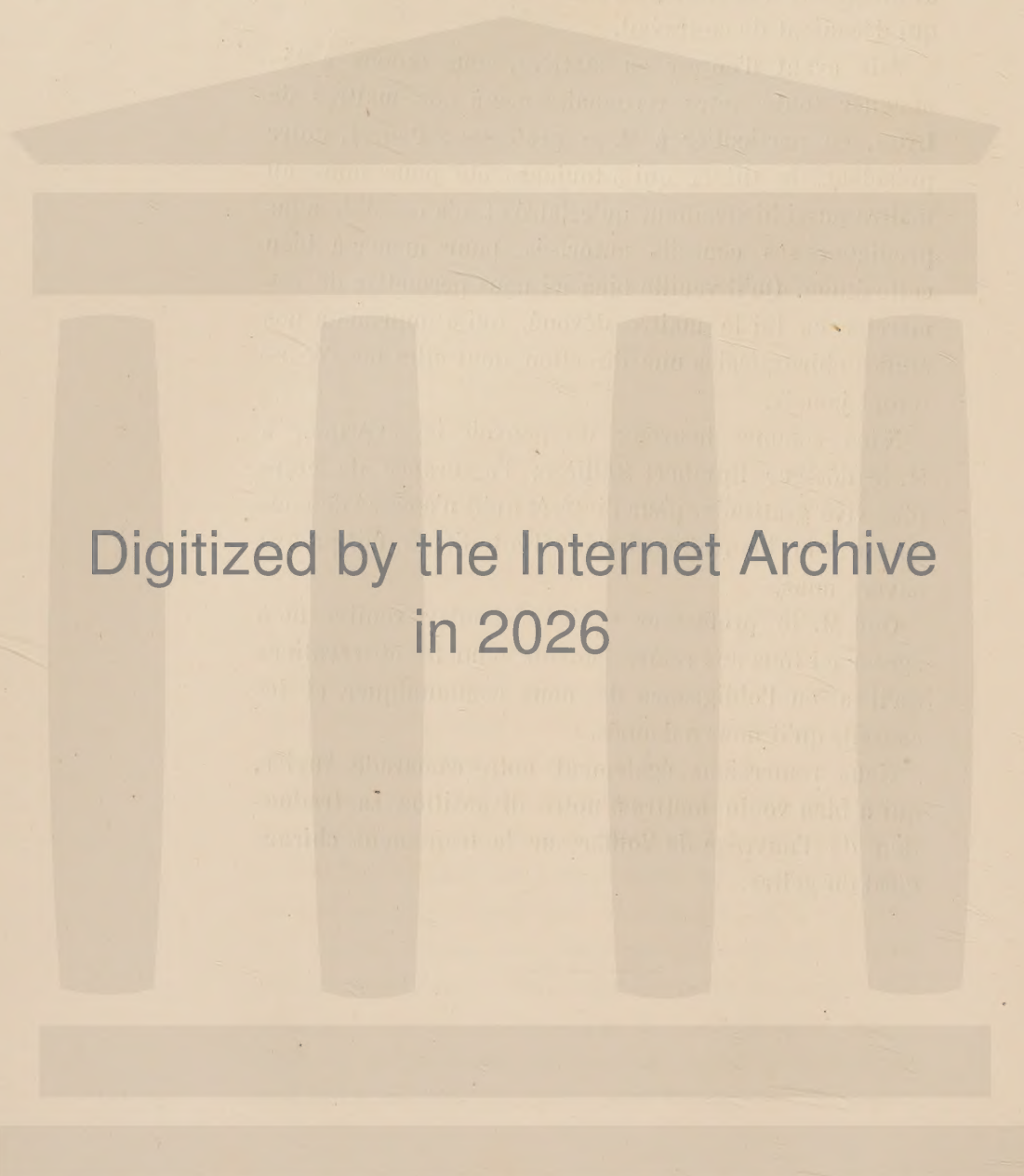
avantages de l'énucléation, nous tirons les conclusions qui découlent de ce travail.

Mais avant d'entrer en matière, nous tenons à témoigner toute notre reconnaissance à nos maîtres de Lyon, en particulier à M. le professeur Poncet, notre président de thèse, qui a toujours été pour nous un maître aussi bienveillant qu'éclairé et n'a cessé de nous prodiguer ses conseils autorisés, pour mener à bien cette étude. Qu'il veuille bien ici nous permettre de remercier en lui le maître dévoué, qui a imprimé à nos études chirurgicales une direction dont elles ne s'écarteront jamais.

Nous sommes heureux de pouvoir ici exprimer à M. le docteur Humbert Mollière, l'assurance de notre plus vive gratitude, pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter et la bienveillance dont il a toujours fait preuve envers nous.

Que M. le professeur agrégé Jaboulay veuille bien agréer ici tous nos remerciements pour les observations qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer et les conseils qu'il nous a donnés.

Nous remercions également notre camarade Augier, qui a bien voulu mettre à notre disposition sa traduction de l'ouvrage de Volfler sur le traitement chirurgical du goître.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552616_0032

DE
L'ÉNUCLÉATION
INTRAGLANDULAIRE
DES GOITRES

I
HISTORIQUE

De tout temps les chirurgiens se sont occupés du traitement des goîtres : les terribles accidents qu'ils occasionnent si souvent expliquent assez ces préoccupations, de même que les tristes résultats obtenus jusqu'en ces dernières années expliquent les nombreuses méthodes imaginées contre cette affection si rebelle.

Nous ne voulons pas ici traiter de l'histoire si vaste du traitement des goîtres ; nous ne voulons pas non plus discuter la valeur de tous les procédés dirigés contre cette affection : la plupart ont eu leur moment de vogue et ont donné des succès pour retomber ensuite dans l'ou-

bli. Nous renverrons pour cette étude à la thèse d'agrégation de Boursier (1884) et à l'ouvrage de Volfler « *sur le traitement chirurgical des goîtres* » ; nous nous bornerons ici à la seule étude de l'énucléation.

Si nous jetons un regard sur la littérature chirurgicale moderne, nous voyons que la thyroïdectomie est la seule opération sanglante et le seul traitement radical dirigé contre le goître. Tentée pour la première fois au ^{xvii}^e siècle, par Fabrice d'Aquapendente, elle ne donna longtemps que les résultats les plus déplorables ; aussi, en 1830, l'Académie de médecine condamna, en France, cette opération d'une façon sévère, mais malheureusement bien méritée. Le coup qui fut porté alors à la thyroïdectomie lui fut longtemps fatal. En 1875 encore, Rochard qualifiait cette opération de témérité ; toutefois, elle donnait quelques succès à l'étranger à Rose, Billroth, Kocher, Reverdin, Julliard.

Vint enfin l'avènement de la méthode antiseptique : la thyroïdectomie prit alors un nouvel essor et devint une opération courante, même entre les mains de ses plus ardents détracteurs ; toutefois, depuis cette époque, elle a passé par des phases bien diverses.

D'abord, partant du fait incontestable que le moyen le plus radical d'éliminer un goître et d'en prévenir les récidives était d'enlever en entier la glande thyroïde, Billroth, Rose et Kocher en vinrent à pratiquer l'extirpation totale, même dans les cas où elle n'était nullement nécessaire. A leur exemple, cette opération fut pratiquée un peu partout et devint même une méthode de choix : c'est ainsi que l'on vit Reverdin, sur 22 opérations de goîtres, pratiquer 17 extirpations totales.

Les résultats immédiats, obtenus par ce procédé, justifiaient pleinement l'engouement des chirurgiens pour cette opération. Mais bientôt les tristes et nombreuses observations de cachexie strumiprive, consécutive à l'extirpation totale et publiées par Reverdin, mirent brusquement un terme à la vogue dont jouissait cette opération.

Dès lors, on se mit à rechercher la cause des accidents et chacun, suivant la cause qu'il reconnaissait au myxœdème, se mit à pratiquer la thyroïdectomie à sa manière.

Baumgartner, regardant la cachexie strumiprive comme le résultat d'une lésion des nerfs récurrents, recommanda de ne pas faire la ligature des gros troncs vasculaires, mais de lier les vaisseaux dans le voisinage immédiat de la tumeur.

Reverdin, ayant reconnu que le myxœdème ne se produisait pas toutes les fois qu'une minime partie de la glande était respectée, se borna à faire des extirpations partielles, ce qui devint sa méthode de choix. « Nous ne voudrions, dit-il, pratiquer l'extirpation totale que forcés et contraints. Toutes les fois que cela sera possible, nous ferons l'extirpation partielle ou l'énucléation. »

La thyroïdectomie partielle devint dès lors, pour la plupart des chirurgiens, le procédé de choix, et elle a encore aujourd'hui ses indications très nettes et de chauds partisans.

Depuis, d'autres chirurgiens nous ont donné des méthodes nouvelles. Kocher inventa le procédé, dit de l'évidement : ce procédé, longtemps préféré par Julliard, consiste, après incision de la capsule, à décortiquer le corps thyroïde et l'enlever, laissant en place son enve-

loppe fibreuse. Mais, à la suite des violentes hémorrhagies qui résultaient de cette opération, cette méthode dut complètement être abandonnée.

Volfler, après avoir renoncé à l'extirpation totale, se borna à faire la ligature des artères thyroïdiennes pour provoquer la disparition du goître et éviter la cachexie, mais n'obtint pas grand résultat.

Billroth, tout en donnant la préférence à la thyroïdectomie partielle, pratiqua en même temps une opération, qui n'était pas exempte de danger : après avoir incisé les kystes de la thyroïde, il attirait au dehors les lèvres de l'incision et suturait ses bords à la plaie. Cependant, comme nous le verrons plus loin, il pratiquait parfois aussi l'énucleation intraglandulaire.

Mikuliez pratiquait l'extirpation presque totale : après avoir décortiqué toute la glande, il enlevait les trois lobes de la thyroïde, en laissant deux petites masses de tissu, du volume d'une châtaigne, au niveau des artères thyroïdiennes inférieures : ce fut le procédé de choix de beaucoup de chirurgiens allemands.

Pendant que la thyroïdectomie subissait toutes ces transformations, le professeur Socin, de Bâle, rétablissait, d'une manière éclatante, une opération longtemps pratiquée avant lui, mais injustement délaissée : je veux dire l'extirpation intraglandulaire des goîtres ou strumectomie.

Ce procédé si simple, et pourtant si longtemps méconnu, est en même temps très ancien. Dans les temps les plus reculés, il est certain qu'on a fait des énucléations, et bien plus, il est probable que les premières opérations sur les goîtres étaient des énucléations de

kystes et de noyaux solides : Celse nous parle d'ailleurs dans son livre de l'énucléation des tumeurs goitreuses, et il est vraisemblable qu'il nous parlait et de goîtres kystiques et de goîtres solides.

Toujours est-il que l'énucléation était la seule méthode d'extirpation du goître dans l'antiquité et dans le moyen-âge, et qu'elle donnait des succès aux chirurgiens qui la pratiquaient : c'est du moins ce qui ressort des descriptions données par Purmann et par Freitag (1694).

Heister la recommandait également et, abstraction faite des essais de thyroïdectomie tentés à cette époque, elle était encore la méthode de choix au siècle dernier et au début du nôtre.

Toutefois, il faut en arriver à 1840 pour trouver le premier travail relatif à cette opération : c'est à cette époque, en effet, que Luigi Porta, professeur à l'Université de Pavie, pratiqua la première énucléation méthodique, avec séparation intentionnelle de la tumeur d'avec le tissu de la glande, et publia son ouvrage, intitulé : « *Delle malattie et delle operazioni della ghiandola tiroidea* ». Son procédé ressemble en tous points à celui que nous décrirons tout à l'heure.

De plus, vers 1860, Billroth, sans connaître d'ailleurs l'ouvrage de Porta, pratiquait aussi l'énucléation et, même à l'époque où il préférait les extirpations totales et partielles de la glande, il n'abandonna pas l'énucléation.

A partir de cette époque, la vogue est à la thyroïdectomie, et l'énucléation (des goîtres kystiques seulement) est une méthode d'exception entre les mains de Kott-

mann et de Burtkhardt. Cependant on trouve rapportés quelques cas d'énucléations de tumeurs solides.

Deux d'entre eux appartiennent à Reverdin, qui, par mégarde, énucléa un nodule parenchymateux, croyant être encore dans la couche des muscles superficiels.

Wollf, en 1885, énucléa aussi un goître solide chez un jeune homme atteint subitement d'accidents de suffocation très graves.

Enfin, le dernier cas a été opéré par Bruns de Tubingue.

Socin n'a donc point inventé un procédé nouveau : tout son mérite consiste à l'avoir généralisé et l'avoir érigé en méthode de choix. A lui aussi revient l'honneur d'avoir montré que les goîtres solides étaient, de même que les kystes, reliés par un tissu très lâche au reste de la glande, et que l'on pouvait couper le parenchyme sans déterminer d'hémorrhagies inquiétantes.

En 1887, Keser, l'élève de Socin, se fit le vulgarisateur des idées de son maître et, depuis cette époque, on se mit partout à pratiquer l'énucléation.

Cependant le professeur Hahn, de Berlin, ne la reconnaît que rarement praticable et, pour lui, elle ne peut être qu'une méthode d'exception, la thyroïdectomie partielle lui étant bien préférable : « De tous ces procédés, dit-il, celui de Mikuliez peut seul être érigé en méthode de choix. »

En France, l'énucléation est aujourd'hui partout acceptée : à Paris, tous les chirurgiens la pratiquent ; Schwartz, après l'avoir recommandée dans la *Revue de chirurgie*, dès 1888, vient encore de la faire prôner par un de ses élèves. A Lyon, où les goîtres sont si nombreux dans les hôpitaux, elle a rendu de sérieux avantages :

M. le professeur Ollier en a publié les heureux résultats dans le *Lyon-Médical* ; M. Sabatier en a profité pour enlever, sans difficulté, un goître plongeant jusqu'à la crosse de l'aorte : Quant à M. le professeur Poncet, elle lui a donné les heureux et nombreux résultats que nous verrons plus loin.

A l'étranger, sous l'influence des travaux de Garré, en Allemagne, et de Keser, en Suisse, tous deux élèves de Socin, la strumectomie a pris une rapide extension, et l'on peut dire, qu'à part de rares exceptions, l'énucléation est aujourd'hui pour tous les chirurgiens le procédé de choix d'extirpation des goîtres.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'aborder le manuel opératoire de l'énucléation, il nous semble nécessaire de rappeler les rapports qu'affecte le goître avec la glande thyroïde : on jugera ainsi de suite de la facilité de l'opération et des circonstances qui nous permettent de la généraliser aux différentes variétés de goîtres ; c'est dire que nous ne voulons pas faire ici une étude complète de cette affection, et que nous nous placerons simplement à un point de vue pratique.

Il n'existe pas de différences essentielles, au point de vue pathologique, entre les diverses tumeurs du corps thyroïde : qu'on ait affaire à un kyste ou à un goître solide, il s'agit toujours, en définitive, d'une seule et même affection de cet organe. Les distinctions établies entre les goîtres kystiques et parenchymateux ne l'ont

été que dans un but pratique et thérapeutique, les premiers pouvant être traités autrement que les seconds.

Des diverses théories d'histogenèse du goître, il ressort, en effet, une idée prédominante : l'unité originelle des goîtres les plus dissemblables. La forme primordiale est le goître folliculaire : les variétés fibreuse, colloïde, kystique, vasculaire n'en sont que des modifications. « Toutes ces espèces de goîtres, dit Virchow, ne sont rien autre chose que le mode différent de développement d'une production essentiellement identique. »

Dans un goître folliculaire, si le tissu conjonctif interstitiel se sclérose, on a dès lors un goître fibreux ; si l'hypertrophie porte en même temps sur les vaisseaux, il devient vasculaire. Quant au goître colloïde, il résulte de la sécrétion exagérée des cellules glandulaires, et le goître kystique de la dilatation des follicules du goître simple, dont les parois secrètent un liquide plus ou moins abondant.

Mais, où réside le point de départ du développement de la tumeur ? Pour Virchow, la cellule épithéliale de la glande serait l'origine de ces différentes variétés.

Cette opinion, longtemps classique, a été infirmée dans ces dernières années par Wolfler, qui a assigné au goître une autre origine. Le strome, qui sépare les vésicules de la glande, serait farci de cellules embryonnaires possédant une vie latente. Et, pour Wolfler, ce seraient ces cellules qui, sous une influence quelconque, se développeraient, se mettraient à proliférer dans le sens du tissu thyroïdien normal et adulte, pour constituer une masse néoplasique.

Cette dernière hypothèse, qui, aujourd'hui, semble

prévaloir sur celle de Virchow, explique parfaitement ces goîtres nucléaires plongés au milieu d'un tissu conjonctif lâche et affectant des rapports peu étroits avec le reste de la glande.

Les goîtres ont donc tous une même origine dans les cellules embryonnaires qu'on trouve dans le strome de la glande : aussi présentent-ils des rapports identiques avec la partie intéressée du corps thyroïde.

Développés ordinairement à une certaine profondeur, on les rencontre rarement sous la capsule thyroïdienne même : aussi est-on généralement obligé de couper une couche de tissu glandulaire pour arriver sur la tumeur. Par suite de leur accroissement graduel, cette lame, qui les recouvre, s'étale à leur surface, en s'amincissant peu à peu, et leur constitue une sorte d'enveloppe formée par la vraie capsule fibreuse du corps thyroïde doublée d'une lame de tissu thyroïdien.

Cette enveloppe a une épaisseur très variable et est toujours constituée par du tissu strumeux, qui subit, pendant le développement de la tumeur, un certain degré de dégénérescence et prend finalement un caractère fibreux très accentué. Elle présente sur ses deux faces des détritits granuleux, qui, souvent, n'ont rien de caractéristique, et, dans son épaisseur, des vestiges atrophiés de vésicules thyroïdiennes, réduites à l'état de fentes jaunâtres et pourvues de quelques rares cellules épithéliales à peine reconnaissables.

Toutefois, à un fort grossissement et sur des préparations bien colorées, on trouve, entre deux bandes fibreuses, l'une interne et l'autre externe, une agglomération de cellules thyroïdiennes dont le noyau est très apparent.

Cette coque est parfois rigide et calcifiée, et, alors, incapable de revenir sur elle-même après l'évacuation de la tumeur : le chirurgien devra souvent, dans ce cas, lutter contre une hémorrhagie, qui peut être abondante, par suite de la béance des vaisseaux. Mais, d'ordinaire, cette perte de sang est peu sérieuse, vu la tendance du tissu thyroïdien comprimé à remplir la plaie laissée libre par l'énucléation de la tumeur. Porta avait déjà remarqué ce fait, et dans son traité, il dit : « Le nodule une fois enlevé, on n'a plus qu'un sac flasque dont les parois se rejoignent. » .

Porta d'abord, et Billroth après lui, ont attiré depuis longtemps l'attention sur les rapports assez larges qu'affecte le goître avec le reste de la glande. « Toute tumeur goitreuse, dit Billroth, est limitée par une capsule qui n'adhère au parenchyme glandulaire et aux parties avoisinantes que par un tissu cellulaire très lâche et par des vaisseaux. » Il est donc bien facile de détacher ces nodules du reste de la glande.

Quant aux vaisseaux, qui se rendent au goître, ils affectent une disposition spéciale, sur laquelle Burkhardt a le premier attiré l'attention, et que le chirurgien ne doit pas oublier pendant l'opération. Les vaisseaux abordent toujours les parois du goître perpendiculairement ; jamais ils ne cheminent parallèlement à sa surface : « tant que l'on voit des vaisseaux, dit Schwartz cheminer parallèlement à la tumeur, on peut affirmer, presque à coup sûr, que l'on n'est pas encore sur la paroi du kyste. »

Les goîtres se rencontrent dans toutes les parties du corps thyroïde, même dans les lobes aberrants ; ils ten-

dent ordinairement à faire saillie sous la peau, et se manifestent par une déformation du cou.

Quelquefois cependant ils s'enfoncent sous les muscles sterno-cléido-mastoidiens derrière le pharynx ou derrière le sternum, formant ainsi des variétés peu évidentes mais très dangereuses pour le malade, par suite des phénomènes de compression et de suffocation qu'elles occasionnent.

Il est rare enfin que le goître affecte des rapports intimes avec les organes voisins ; il est exceptionnel qu'il contracte avec eux des adhérences : il exerce seulement sur eux les phénomènes de compression dont nous avons parlé.

III

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

La tumeur goîtreuse constitue donc à elle seule la partie malade et dégénérée de la glande, et pourtant autrefois l'ablation partielle ou totale du corps thyroïde était le seul traitement radical, dirigé contre cette affection. Aujourd'hui, la pensée de n'enlever que ce qui est nécessaire, et de laisser tout le reste de la glande, s'est fait jour avec la méthode de l'énucléation. Aussi, c'est à cette opération que devra recourir le chirurgien.

Malheureusement, tous les goîtres ne sont pas justiciables de l'énucléation : des motifs provenant de la nature même de la tumeur, ou d'un traitement antérieur, dont elle a été l'objet, la rendent parfois impraticable.

Les cas d'hypertrophie diffuse de la glande ne sont justiciables que de la thyroïdectomie. C'est sur ces goîtres que le traitement médical a le plus de prise : aussi le

chirurgien doit-il longtemps les y soumettre et ne les opérer que quand la nécessité s'impose.

Les tumeurs malignes réclament toutes la thyroïdectomie : par leur mode particulier de développement, elles présentent d'ailleurs des rapports tout différents de ceux des tumeurs bénignes. Il peut arriver que le chirurgien rencontre un noyau cancéreux énucléable, mais il ne doit pas oublier que les parties voisines de la glande sont toujours envahies par la tumeur et qu'elles doivent aussi être enlevées : dans ce cas, la thyroïdectomie s'impose forcément.

Nous citons d'ailleurs une observation où M. le professeur Poncet, tombé sur un noyau encéphaloïde, facilement énucléable en avant, mais très adhérent en arrière à une masse cancéreuse diffuse, fut obligé de pratiquer une extirpation totale. Toutefois, ajoutons que, dans les cas de cancer, la thyroïdectomie donne des résultats déplorables, et qu'il est préférable que le chirurgien se borne à l'expectation, se tenant toujours prêt à agir en cas de danger imminent.

Il est aussi des cas où le chirurgien peut être très embarrassé : il tombe sur un ou deux gros noyaux dont le volume a nécessité l'intervention, mais il trouve la glande farcie de petits noyaux disséminés, dont l'énucléation est presque impossible.

Quelle conduite tenir ? Tenter l'énucléation de toutes les tumeurs, ce serait augmenter la durée et par suite les dangers de l'opération, et de plus ce serait risquer de laisser quelques noyaux qui échapperaient forcément à l'opération : il se trouverait même souvent forcé d'abandonner la partie, en raison de difficultés techniques

insurmontables. Faire la thyroïdectomie totale, c'est exposer le malade aux dangers de cette grave opération et à ses conséquences fâcheuses.

Aussi, il nous semble préférable, comme l'a fait plusieurs fois M. le professeur Poncet, de se borner à l'énucléation des gros noyaux goitreux. Sans doute, la récurrence est à peu près fatale, mais le malade retirera toujours de l'opération de sérieux avantages, toute cause de danger immédiat disparaissant par le fait.

Il y a encore un autre obstacle, qui peut singulièrement entraver l'énucléation : nous voulons parler d'adhérences reliant la tumeur à la capsule thyroïdienne, adhérences résultant d'un processus inflammatoire de la glande, ou succédant à divers traitements palliatifs : ponctions de kystes, injections iodées, drainage capillaire, etc.

Cet obstacle, on le rencontre encore parfois dans les vieux goîtres : leurs parois souvent calcifiées adhèrent fortement au parenchyme, et cette union intime avec la glande force parfois le chirurgien à pratiquer la thyroïdectomie. En tous cas, on recherchera toujours la possibilité de l'énucléation ; souvent les adhérences n'existent qu'en certains points limités qui, seuls, donneront lieu à une hémorrhagie, d'ailleurs facile à maîtriser.

A part ces quelques rares exceptions, l'énucléation doit donc rester le procédé de choix.

Mais, quand faudra-t-il opérer ? Autrefois, on disait : le plus tard possible, quand le péril est imminent. Aujourd'hui que l'antisepsie a rendu le chirurgien plus audacieux et plus puissant, les indications de l'inter-

vention sont bien plus étendues. « Lorsqu'un goître a causé des accès de suffocations, pas d'hésitation, opérons, sans attendre que la nécessité nous force la main. »

REVERDIN.

Bien plus, tout goître qui menace de devenir suffoquant, toute tumeur à accroissement rapide, ou produisant des phénomènes de compression, doit être énucléé. On doit tenir la même conduite en présence des goîtres plongeants et rétropharyngiens, dont la situation anatomique, plutôt que le volume, est une indication précise.

Plusieurs chirurgiens, Reverdin entre autres, rejettent l'opération pratiquée dans un but uniquement esthétique : Il nous semble, avec M. le professeur Poncet, qu'à moins de contre-indications spéciales, le malade pourra bénéficier d'une opération parfaitement exempte de danger, et dont les résultats seront bien préférables à ceux que l'on peut obtenir par un traitement médical.

Notons enfin que l'âge avancé du malade n'est nullement une contre-indication.

IV

MANUEL OPÉRATOIRE

Il n'est pas possible, dans la cure radicale du goître, d'établir cliniquement à quel genre d'opération on doit recourir. Pratiquera-t-on une énucléation intraglandulaire ou une thyroïdectomie partielle plus ou moins étendue ? On ne peut le savoir que dans le cours de l'opération chirurgicale. Certains goîtres polykystiques et polycharnus, à contenu liquide ou à contenu solide, présentent, en effet, souvent les mêmes caractères que des goîtres franchement charnus avec hypertrophie totale du parenchyme thyroïdien et sans qu'il soit possible de distinguer les portions enkystées et séparément énucléables.

On se tiendra donc toujours prêt à pratiquer l'une ou l'autre opération, suivant les particularités anatomiques

qui nous seront révélées au cours même de l'intervention.

Une première question doit être élucidée : doit-on, quelle que soit la variété de goitre et les troubles fonctionnels qui en découlent, qu'il s'agisse ou non d'un goitre suffocant, pratiquer l'anesthésie ? Dans toutes nos observations, M. Poncet avait anesthésié ses malades et il n'a jamais vu survenir d'accidents graves.

Comme il s'agit d'une opération sur la région cervico-faciale, en raison de l'écoulement sanguin qui peut souiller le bonnet à éthérisation, M. Poncet emploie volontiers la chloroformisation qui se fait plus commodément, surtout au moyen de l'appareil de Krohne et Sesemann et ne présente pas les inconvénients locaux de l'anesthésie avec l'éther. Chez des gens d'un certain âge, et surtout quand il existe, en arrière, de la déformation de la trachée et des signes de trachéo-bronchite, il est préférable d'employer le chloroforme, moins irritant pour les voies respiratoires.

Du reste, il sera bon, dans tous les cas, d'avoir sous la main une canule à trachéotomie pour cette dernière opération, que peuvent nécessiter d'urgence des troubles graves de la respiration. Chez de tels malades, M. Poncet se sert de longues canules fabriquées spécialement pour cette catégorie d'opérés, et alors que les déformations étendues de la trachée, plus ou moins déviée et rétrécie, exigent une canule, non-seulement calibrant cet organe, mais encore susceptible par sa longueur de dépasser le rétrécissement, parfois très profondément situé dans certains goîtres suffocants sous-sternaux et sous-costaux.

Avant de décrire le manuel opératoire que nous avons

vu si souvent pratiquer à M. Poncet, nous devons dire un mot de la position du sujet, des aides et du chirurgien.

Couché sur un lit solide, résistant, pas trop élevé, le malade est dans le décubitus dorsal, la tête renversée en arrière et la région cervicale mise en saillie par un coussin cylindrique ; un autre coussin plat soulève légèrement les épaules. La tête est maintenue dans une extension semi-forcée, par l'aide chargé de l'anesthésie, qui relève le menton en haut et en arrière.

Pour l'opération, un seul aide est, à la rigueur, nécessaire et il se place à gauche, en face du chirurgien, qui, lui, est à droite de l'opéré.

Tous ces détails de position du sujet ont une grande importance : leur mise à exécution simplifie beaucoup, en effet, le manuel opératoire. Grâce à la bonne position du sujet, une opération, qui serait autrement une opération cavitaire des plus laborieuses, devient, au contraire, une opération en surface, facilement et rapidement praticable.

Nous passons sous silence les précautions antiseptiques usuelles qui sont ici de rigueur ; nous avons dit d'ailleurs que les opérations sanglantes sur la glande thyroïde n'ont pu entrer dans la pratique courante que depuis l'emploi systématique de la méthode antiseptique. Il sera bon, comme nous l'avons vu faire tous les jours dans le service de M. Poncet, de garnir toutes les régions avoisinantes du champ opératoire de compresses chaudes stérilisées sur lesquelles les doigts du chirurgien et des aides et les instruments ne courent pas le risque de se contaminer.

La strumectomie comporte deux temps principaux : la mise à nu de la tumeur et l'énucléation intraglandulaire.

1° *Découverte du goître.* — Suivant que l'hypertrophie portera sur une partie de la glande ou sur sa totalité, les incisions cutanées varieront comme siège et comme étendue. Elles doivent être, dans tous les cas, non-seulement en rapport avec l'étendue de la lésion et sa profondeur, mais encore elles doivent être subordonnées dans leurs dimensions au voisinage d'organes importants, vaisseaux, nerfs, etc., qu'il faut absolument ménager.

Nous avons souvent entendu M. Poncet développer cette idée qu'une opération n'était, dans certaines régions, difficile et souvent dangereuse que par le défaut d'espace et la nécessité dans laquelle le chirurgien pouvait être d'opérer dans le fond d'une cavité, sans voir ce qu'il fait et sans se rendre un compte exact de l'action de ses doigts. C'est par de larges incisions pratiquées d'emblée au niveau de la lésion elle-même, qu'elle dépasse dans tous les sens, qu'il faut aborder la glande thyroïde hypertrophiée.

Nous distinguerons deux cas : celui de la strumectomie, portant sur les trois lobes de la thyroïde, lobes latéraux et médian, et la strumectomie partielle dans laquelle un ou deux lobes sont intéressés.

1° Dans la strumectomie totale, M. Poncet pratique une large incision cruciale ; il fait une large incision allant du bord inférieur du cartilage thyroïde à la fourchette sternale, puis une incision perpendiculaire à la première, répondant à la partie la plus saillante du lobe

médian hypertrophié et s'étendant de chaque côté jusqu'au bord interne des sterno-mastoidiens.

Dans un premier temps, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané sont sectionnés, de même des veines, que l'on rencontre sous le bistouri, sont incisées en même temps que l'hémostase est assurée par la mise en place des pinces hémostatiques nécessaires ; quand elles sont un peu volumineuses, on peut, à l'exemple de certains chirurgiens, ne les sectionner qu'entre deux ligatures.

Dans un deuxième temps, après avoir pénétré, avec la sonde cannelée, dans l'interstice cellulaire médian qui sépare les muscles de la région, M. Poncet glisse l'index gauche sous les muscles plus ou moins étalés à la surface de la tumeur et, sur le doigt, servant de conducteur, il les sectionne dans toute leur largeur.

Les quatre points des lambeaux cutané-musculaires sont alors saisis séparément avec des pinces hémostatiques et confiés à un aide qui les rétracte. La tumeur thyroïde est alors complètement à découvert.

2° L'hypertrophie porte sur un ou deux lobes. S'agit-il, par exemple, d'un goître kystique sous-sternal (goître kystique uniloculaire, plus ou moins volumineux, appartenant au lobe médian) ? Une seule incision rectiligne, parallèle au grand axe de la tumeur et suivant la direction des muscles, suffit le plus habituellement. Se trouve-t-on en présence d'une hypertrophie monolatérale, une incision, suivant la direction du sterno-mastoidien et répondant encore à la partie la plus saillante du lobe hypertrophié, sera également suffisante, soit qu'on pénètre entre des faisceaux musculaires plus ou moins largement étalés sur la tumeur, soit qu'on se trouve dans

la nécessité de sectionner les brides musculaires qui peuvent gêner la manœuvre opératoire.

Si le jour et l'espace font défaut, il faut, sans aucune hésitation, non-seulement agrandir plus ou moins l'incision, mais encore la transformer en une incision en L ou en T, pour aborder directement de front le néoplasme. Ce ne sont point, en effet, comme le répète souvent M. Poncet dans son cours de médecine opératoire, quelques centimètres de plus ou de moins d'une incision, qui peuvent modifier le pronostic d'une opération. Bien loin de l'aggraver, cette augmentation de l'incision contribue au contraire à l'améliorer, en rendant l'opération plus simple, moins longue, et en diminuant ainsi non-seulement les quelques chances qui peuvent constituer un shock traumatique, mais encore les dangers de l'hémorragie et de l'infection. Ces sections libératrices doivent s'appliquer aux muscles et aux aponévroses limitantes, aussi bien qu'à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané.

Si l'hypertrophie porte sur deux lobes latéraux, à l'exclusion du lobe médian, les incisions, au nombre de deux, sont exactement les mêmes que si l'on se trouvait en présence de l'hypertrophie d'un seul lobe.

2° *Énucléation intraglandulaire.* — Quand les muscles, plus ou moins étalés, ont été sectionnés, on a sous les yeux et sous la main le tissu thyroïdien. A ce moment, on reconnaîtra aisément les kystes à contenu liquide par leur coloration différente des parties voisines, le plus souvent d'une coloration gris-bleuâtre, tranchant nettement sur le rouge-brun du tissu glandulaire. Ils sont d'autant plus reconnaissables que leur volume est plus grand, et l'on comprend qu'entre un kyste unique,

très volumineux, renfermant plusieurs centaines de grammes de liquide, et les kystes du volume d'un petit poids, il existe de nombreuses variétés. De même, ils sont loin d'avoir toujours un contenu liquide ; ils peuvent être mi-charnus, mi-liquides, et souvent aussi exclusivement charnus. Si nous ajoutons que le contenu est également des plus variables, comme caractères anatomiques, de par l'ancienneté de la tumeur et les diverses dégénérescences qu'elle a pu subir, et qui sont si communes dans les goîtres anciens, on reconnaîtra que l'énucléation de ces néoplasmes doit dans son exécution présenter de nombreuses variantes.

On ne peut, avons-nous dit, savoir de prime abord si un goître est justiciable de la thyroïdectomie ou de la strumectomie : l'examen direct du tissu pathologique est nécessaire. Aussi il ne faut pas craindre d'inciser, avec la pointe du bistouri, sur le tissu malade lui-même : c'est le seul moyen d'être fixé sur les caractères du néoplasme et la possibilité de l'une ou l'autre opération. L'hémorrhagie, résultant de cette incision, n'est pas en effet à redouter : il s'agit d'un écoulement en nappe, ordinairement peu abondant et dont le chirurgien ou les aides se rendent facilement maîtres par la compression avec un tampon de gaze antiseptique.

Si l'on acquiert ainsi la conviction que les parties malades forment un tout continu et ne sont pas énucléables, il faut de suite se décider pour une thyroïdectomie, opération dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Si, au contraire, le tissu thyroïdien est bourré de tumeurs kystiques, c'est à la strumectomie qu'il faut avoir recours.

Nous avons supposé ici le cas, relativement le plus rare, celui où les kystes ne sont pas reconnaissables par la mise à nu de la glande thyroïde. Le plus ordinairement il n'en est pas ainsi, et l'on reconnaît de suite l'existence d'un plus ou moins grand nombre de kystes.

S'il s'agit d'une tumeur liquide d'un volume un peu considérable et alors que la paroi présente une minceur telle que l'on doit redouter sa déchirure dans les manœuvres d'extraction, soit pour rendre l'extirpation plus facile soit pour ne pas souiller le champ opératoire, on devra avec un trocart stérilisé évacuer aussi complètement que possible le contenu kystique : la pression sur la tumeur facilitera son évacuation. C'est là le véritable moyen pratique de distinguer nettement ce qui appartient à la tumeur du tissu thyroïdien qui l'entoure. Les bords de la poche incisée sont ensuite saisis chacun entre les mors d'une pince hémostatique, et rien n'est plus simple d'enlever la totalité de la poche, que l'on attire au fur et à mesure avec la main gauche, en même temps qu'on détache avec la droite les parties voisines.

Ces manœuvres sont celles du reste que l'on applique à toutes les tumeurs enkystées et lorsqu'il existe des adhérences plus ou moins fortes et plus ou moins étendues. Avec la pulpe de l'index et du médius, on déchire méthodiquement les adhérences du kyste avec le tissu thyroïdien, et le plus habituellement l'ablation de la tumeur ne présente pas de réelles difficultés. Il n'en est pourtant pas toujours ainsi, et cela surtout, lorsque le kyste est de date ancienne et que sa poche a subi des transformations régressives et surtout lorsqu'elle a été le siège d'accidents inflammatoires, provoqués par une autre inter-

vention chirurgicale antérieure, telle que ponctions, injections, drainage, etc.

L'ablation d'un premier kyste met le plus souvent en évidence d'autres tumeurs de même nature, en nombre plus ou moins considérable, se masquant les unes les autres, et alors que leur contenu peut être des plus variables. Toutes ont pour caractère fondamental d'être enkystées, et à ce titre elles sont encore justiciables des mêmes manœuvres d'extraction. C'est toujours avec les doigts, instrument mousse par excellence, qu'il faut fouiller dans le parenchyme glandulaire, en ayant grand soin de rester entre la paroi propre de la tumeur et le tissu thyroïdien.

Tel est, pour M. Poncet, au point de vue opératoire, le grand secret de l'énucléation intraglandulaire. Aussi ne doit-on pas chercher la plupart du temps à enlever les tumeurs, surtout quand elles ont un certain volume, sans fendre leurs parois. C'est qu'en effet, en procédant ainsi, on reconnaît immédiatement ce qui appartient au kyste et ce qui appartient à la glande, et l'on ne risque pas de faire fausse route dans le tissu glandulaire sain. On fait ainsi une sorte de résection sous-périostée : nous voulons dire par là, cette opération n'ayant que ce point de contact avec la strumectomie, que les doigts suivent la paroi externe du kyste et détachent, comme le détache-tendons, la face osseuse, recouverte de son périoste.

Dans cette opération, comme dans toutes celles d'ailleurs plus ou moins similaires, la question du doigté, si nous pouvons dire, joue un rôle important : il faut apprendre à évoluer rapidement, avec douceur, et

cependant avec une certaine force, au milieu de ces tissus vasculaires, dont l'hémorrhagie n'est cependant pas à redouter.

Du sang, en quantité plus ou moins considérable, s'écoule parfois en nappe dans des strumectomies pratiquées pour tumeurs multiples. Il ne faut pas alors trop se préoccuper de cette hémorrhagie dont on vient facilement à bout par une compression bien faite avec un tampon de gaze iodoformée. Il ne faut pas ordinairement non plus essayer de placer des ligatures ; les mors des pinces hémostatiques déchirent le plus souvent le tissu glandulaire et le sang coule encore en plus grande abondance : aussi doit-on rejeter ce moyen d'hémostase. Ce n'est d'ailleurs que si l'on voit quelque gros vaisseau saignant que l'on aura recours à la ligature.

Lorsqu'une exploration rigoureuse avec l'œil et surtout avec les doigts n'aura plus révélé l'existence d'aucune tumeur, on devra assurer l'hémostase d'une façon définitive. S'il s'agit, comme nous l'avons dit, d'une hémorrhagie en nappe, la compression pendant une à deux minutes, à l'aide de tampons maintenus avec la main, sera suffisante. Si l'hémorrhagie persiste et qu'elle ne soit pas le fait de vaisseaux d'un certain calibre, dont on n'aperçoit pas le jeu, le meilleur moyen de la maîtriser est, comme on l'a conseillé et comme le pratique M. Poncet, la suture du tissu glandulaire lui-même pratiquée d'une certaine façon.

Pour que la suture soit vraiment hémostatique, il faut que, par le serrement des fils, les faces de la cavité hémorrhagipare soient en contact immédiat, c'est-à-dire

soumises à une certaine compression. Pour ce faire, M Poncet pratique le fauillage de la paroi qui, lors de la striction des fils, se trouve réduite à une cavité virtuelle comme les bords d'ouverture d'une bourse fermée.

Lorsque l'hémostase est parfaite, il faut alors procéder à la suture des tissus divisés : un double plan de sutures est nécessaire. On doit rechercher avec soin les extrémités musculaires et aponévrotiques sectionnées, et les mettre en contact par des sutures distantes de quatre à cinq millimètres. On procède ensuite, suivant les règles habituelles, à la suture des bords de la peau.

Ici, se pose une question : doit-on rechercher la réunion par première intention complète, ou laisser, dans la partie la plus déclive de la plaie, une ouverture donnant passage à un ou plusieurs drains ? A cet égard, on ne saurait formuler une règle précise ; mais, nous tenons à le dire, car nous l'avons souvent entendu répéter à M. le professeur Poncet, il vaut mieux pécher par excès de drainage que par insuffisance ; on se repent souvent de n'avoir pas drainé, et rarement on a lieu de regretter de l'avoir fait.

Le drainage, en effet, ne présente qu'un seul petit inconvénient, c'est d'augmenter la durée de la réparation ; mais, en présence des grands avantages qu'il possède, nous en restons partisan dans un très grand nombre de cas. Notre opinion sera d'autant plus justifiée, que l'énucléation intraglandulaire porte sur des tissus très vasculaires ; qu'il s'agit, d'autre part, d'une plaie contuse résultant de l'extirpation avec force du contenu kystique. L'écoulement séro-sanguinolent provenant de

la plaie est alors souvent considérable, et nous avons vu plusieurs fois les premiers pansements être souillés dans les premières vingt-quatre heures, en totalité, par les sécrétions de la plaie, quelle que fût l'épaisseur des pièces de pansement.

Avec le drainage, on se met ainsi à l'abri de la tension des téguments par les liquides exsudés ; et, si par hasard l'aseptie avait été insuffisante, le drainage est le seul moyen de prévenir ou d'atténuer les accidents infectieux.

On ne saurait, du reste, dans la région cervicale, exercer, comme dans d'autres régions, une compression capable de maintenir exactement en contact les surfaces cruentées : on a, dès lors, une exhalation plus ou moins abondante de sérosités, dont les drains permettent l'écoulement. M. Poncet emploie de préférence les drains d'os décalcifiés sortant par l'extrémité inférieure sus-sternale de la plaie et maintenus par un fil qui fixe le drain aux bords voisins de la peau. Le drain doit être placé de telle sorte qu'il siège en partie dans la plaie glandulaire ; aussi, doit-on le placer au milieu des tissus, avant de nouer les fils passés pour le faufilage, qui assure l'hémostase.

Suivant l'étendue de la plaie et les prolongements qui peuvent exister au-dessous du sternum, vers le médiastin, par suite de l'extirpation de goîtres plongeant, ou, encore, dans la région sus-claviculaire, on devra placer deux ou trois drains, qui mettent à l'abri de tout accident de rétention.

Les drains d'os décalcifiés ont ici, comme pour d'autres opérations, l'avantage de pouvoir être abandonnés dans

la plaie, et c'est ordinairement du huitième au douzième jour qu'ils disparaissent par résorption.

Lorsque l'énucléation porte sur un ou plusieurs kystes de petit volume, superficiels, et alors qu'elle a pu être rapidement exécutée, et l'hémostase être parfaite, on peut, comme l'a fait quelquefois M. Poncet, se passer de drainage.

Quant aux ligatures et aux sutures, elles doivent être pratiquées de préférence avec le catgut. Pendant longtemps M. Poncet a fait usage de fils de soie stérilisés, pour mettre dans les tissus sains, mais ces fils présentent des inconvénients et parfois des dangers. Si, en effet, la plaie a été plus ou moins infectée au moment de l'opération, ce qui ne peut être admis dans un milieu opératoire, où tout est dirigé pour obtenir une asepsie rigoureuse, mais ce qui peut se produire cependant dans des pansements ultérieurs pratiqués par des aides inexpérimentés, ou encore sous le pansement, qui n'a pas été renouvelé comme il aurait dû l'être, les fils de soie deviennent des corps étrangers dangereux. Par le fait de leur texture, de leur porosité, ils sont envahis par les germes et, étant plus ou moins profondément placés, ils peuvent déterminer et entretenir des abcès et des fistules indéterminables.

C'est donc au catgut qu'il faut donner la préférence pour les sutures profondes, pour les ligatures perdues ; et, quant aux sutures superficielles, elles peuvent être faites indifféremment avec le catgut, les fils métalliques, les crins de Florence et même la soie, pourvu que toutes ces substances aient été stérilisées au moment de s'en servir.

Il va sans dire que la strumectomie doit être une opération sèche : nous voulons dire par là, qu'à aucun moment de l'intervention chirurgicale, il ne faut laver la plaie, soit avec les solutions antiseptiques, soit avec l'eau stérilisée. Les irrigations d'une plaie aseptique constituent un non-sens : elles sont irritantes pour les tissus traumatisés ; elles peuvent être le point de départ d'accidents nerveux par irritation directe des branches du pneumogastrique, du grand sympathique, etc. Avant de recourir aux sutures, M. Poncet recouvre d'une couche très légère d'iodoforme la plaie profonde, et cette substance ainsi étalée, à la dose de quelques centigrammes, avec la pulpe du doigt de préférence, assure l'antiseptie de la plaie et, à cette dose, ne peut donner lieu à aucun accident d'intoxication.

Quant au pansement, il doit remplir deux indications : immobiliser la région opératoire, et pour ce faire, prendre la tête, sous forme de chevestre, le cou et toute la poitrine ; en second lieu, être assez épais, pour que les liquides ne le traversent pas trop rapidement. C'est surtout au niveau de la région thoracique antérieure, là où les liquides tendent à s'écouler, qu'il faut augmenter l'épaisseur du pansement.

Quand doit-on enlever le premier pansement ? Nous ne pouvons encore ici formuler de règles précises. Il faut toujours revoir l'opéré, le soir même de l'opération, ou même quelques heures après, pour s'assurer que quelques tours de bande qui sont précisément appliqués sur des régions, susceptibles de subir des variations de volume, n'exercent pas une compression trop pénible. Quelques coups de ciseaux, donnés largement sur un

bandage trop serré, donnent au malade un bien-être, un repos, qu'il n'aurait pu obtenir par les moyens généralement employés, tels que les narcotiques, les potions opiacées et autres. Ce sont là de menus détails, mais nous avons appris, par l'expérience clinique, combien grande est leur importance. En principe, le premier pansement ne doit être enlevé que quand on aperçoit sur les pièces extérieures les traces de la sécrétion de la plaie. Il pourra donc être laissé, s'il est bien toléré par le malade et si, d'autre part, la gaze extérieure n'est pas souillée, pendant un temps plus ou moins long, 8 à 10 jours et au-delà. Pendant ce temps, la température rectale devra être prise régulièrement matin et soir, et c'est elle qui guide le chirurgien. Si, en effet, vers le troisième ou le quatrième jour, la température s'élève au-dessus de 39°, on devra enlever le pansement, pour examiner la plaie, voir si rien d'insolite n'est arrivé de ce côté. Deux à trois pansements sont ordinairement nécessaires, pour obtenir une cicatrisation complète, et la moyenne du séjour des opérés de M. le professeur Poncet, à l'Hôtel-Dieu, a été de 10 à 20 jours.

Lors du premier pansement, on peut compléter la réunion par première intention, en appliquant un ou deux points de sutures, pour la réunion secondaire des points dérivatifs de la plaie.

V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

J. D... 38 ans, chapelière, demeurant à Miribel (Ain), entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 30 janvier 1890.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de manifestations scrofuleuses dans l'enfance ni de fièvres éruptives, ni de maladies infectieuses, pas de goîtres dans sa famille.

Entrée à l'hôpital pour une tumeur siégeant à la partie inférieure et médiane du cou, remontant à un an. Cette tumeur sphérique, située immédiatement au-dessus de la fourchette sternale, déjette de chaque côté les chefs sternaux du muscle sterno-cléido-mastoidien. La peau a conservé sa coloration normale et n'est pas adhérente à la tumeur, pas de circulation collatérale veineuse.

La tumeur adhère à la trachée : elle se déplace avec elle dans les mouvements de latéralité, et suit d'autre part les mouvements du larynx, pendant la déglutition. Elle n'est douloureuse, ni spontanément, ni à la pression ; la fluctuation est nette dans toute son étendue.

Elle a le volume d'un œuf, et provoque depuis quelques mois de fréquents accès d'oppression, surtout nocturnes, sur-

venant sous forme paroxystique, jamais assez intenses pour mettre en danger les jours de la malade.

Nous avons donc affaire à un goître kystique, de la grosseur d'un œuf, provoquant des accès de suffocation, qui déterminent l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu.

Le 13 février : énucléation.

Incision verticale médiane de 15 centimètres. Les couches musculaires étant divisées, on arrive sur la tumeur, qui siège sur l'isthme et plonge derrière le sternum. Pendant l'opération la malade manifeste de l'angoisse et un fort tirage respiratoire, symptômes qui cessent au moment où la tumeur est ouverte d'un coup de bistouri. Cette ponction donne issue à un liquide hématique abondant.

On aperçoit alors immédiatement la poche, dont les bords sont saisis avec des pinces, et qu'on peut décortiquer facilement avec le doigt en produisant une hémorrhagie insignifiante.

Lavage antiseptique au sublimé, fauflage au catgut de la poche thyroïdienne pour assurer l'hémostase, drainage et sutures.

Réunion par première intention rapide. Le 20 février, la malade guérie quitte le service.

OBSERVATION II

Cl. M..., 15 ans, cultivateur à Chimulin (Isère), entré à l'Hôtel-Dieu le 6 mai 1890.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels ; pas de goîtres dans sa famille.

Il y a quatre ans, le malade a vu apparaître sur la région latérale droite du cou, une petite tumeur, qui a grossi peu à peu : aujourd'hui, elle a le volume d'une mandarine, et, au dire du malade, elle augmente toujours.

Au palper on sent que cette tumeur est mobile et fluctuante ; on en sent une plus petite, au-dessus d'elle, et du

côté gauche est une troisième tumeur, grosse comme une noix. *

Pas de douleurs ; légers accidents de suffocation.

Le 12 mai 1890 : énucléation.

Incision verticale de 6 centimètres à la partie latérale droite ; on tombe sur une grosse tumeur facilement énucléable et dont l'ablation donne peu d'hémorrhagie. On énuclée en même temps un autre petit kyste, développé aux dépens de l'isthme. Le lobe droit plonge sous la clavicule : c'est lui qui est cause des accidents de suffocation. Deux autres incisions, formant avec la première un H, permettent d'aller à la recherche de l'autre tumeur, qui est aussi facilement énucléable.

Lavage antiseptique, faufileage au catgut des parois de la poche, pour assurer l'hémostase, drainage, sutures et pansement à la gaze iodoformée.

Deux jours après l'opération, le premier pansement est enlevé à la suite d'une hémorrhagie assez abondante. La température est à 38°,9, mais il n'y a pas trace d'infection : elle reste élevée pendant trois jours, puis le mieux s'accroissant, il s'opère une réunion par première intention, et le 20 mai, le malade guéri sort de l'hôpital.

Nous avons pu avoir des nouvelles de ce malade, il y a quelques jours. Depuis l'opération, sa santé est excellente, la voix et la respiration n'ont plus jamais été gênées. Le cou n'est pas déformé, mais une petite tumeur vient encore de se développer à gauche. La cicatrice est assez apparente, mais elle n'est ni douloureuse, ni gênante.

OBSERVATION III

(Extrait de la *Province Médicale* du 19 avril 1890.)

M. R..., 20 ans, demeurant dans l'Isère, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 1^{er} avril 1890.

Pas d'antécédents, pas de goîtres dans sa famille, mais ils sont nombreux dans son village.

Depuis six ans, la malade possède un goître assez volumineux siégeant à droite. Elle a été soumise pendant plusieurs années, mais sans bénéfice, à un traitement ioduré, et depuis le mois d'octobre 1889, elle ressent des accès de dyspnée et de suffocation nécessitant l'intervention.

Le 19 avril : énucléation.

Incision verticale de 10 centimètres mettant à nu la paroi antérieure du kyste. On ponctionne au bistouri la poche kystique : il s'en écoule environ 100 grammes d'un liquide hématique.

L'énucléation de la poche, faite ensuite avec soin, donne lieu à une hémorrhagie à peu près nulle, évaluée par M. Poncet à 20 grammes de sang.

OBSERVATION IV

J. L..., 20 ans, couturière, demeurant à Lyon, entrée à l'Hôtel-Dieu le 7 juin 1890.

Cette malade a été en nourrice en Savoie, près Albertville ; la mère de sa nourrice avait un énorme goître, mais, depuis son bas-âge, elle a toujours habité Lyon.

A 8 ans, elle s'aperçut qu'elle avait de chaque côté du cou deux tumeurs, grosses chacune comme une noix, indolentes, mobiles, mais oppressant la malade, qui ne peut faire aucun exercice pénible.

A 13 ans, elle fut conduite à M. Daniel Mollière. Les tumeurs, qui avaient alors chacune le volume du poing, furent traitées par le drainage capillaire. Le traitement dura quatre mois : à cette époque, la tumeur droite avait disparu ; la gauche était grosse comme une noisette. Mais, un an après, elles reparurent, et M. Daniel Mollière donna à la malade de l'iodure de potassium pendant six mois.

A 18 ans, la malade rentra dans le même service à l'Hôtel-

Dieu, où on la traita par des ponctions répétées, retirant à chaque fois un liquide couleur chocolat. L'une de ces ponctions fut suivie d'une crise d'hystérie

Aujourd'hui, sur le côté gauche du cou, est une tumeur grosse comme une mandarine, saillante en avant, indolente, renitente, fluctuante, mobile sur les parties profondes. Au-dessous, on voit encore les cicatrices provenant du drainage capillaire. A gauche, est une autre tumeur, moins grosse, aplatie, diffuse, molle, peu mobile sur les parties profondes.

Peau normale, mobile sur les tumeurs, qui augmentent au moment des règles, mais ne présentent pas de bruits de souffle. Aucun phénomène de compression : voix normale, veines du cou non dilatées, pas de suffocation.

Le 11 juin 1890 : énucléation.

Première incision sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoidien gauche, de 10 centimètres : on tombe sur un premier gros kyste, à parois blanchâtres épaisses, contenant un liquide séreux qui s'échappe par la ponction. Cette poche est alors saisie avec deux pinces et facilement décortiquée avec le doigt sans hémorrhagie notable, si ce n'est au niveau des cicatrices cutanées, où la poche est plus adhérente.

Au-dessous, est un deuxième kyste bleuâtre, du volume d'une petite noix, à contenu hématique, assez adhérente, et qui produit une légère hémorrhagie nécessitant une ligature.

L'autre tumeur est de même incisée sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoidien droit : même énucléation de trois gros kystes, à contenu hématique, l'un du volume d'un œuf de poule, adhérent à la trachée.

Lavages antiseptiques, faufile de la coque thyroïdienne, pour assurer l'hémostase, drainage, sutures, pansement à la gaze iodoformée.

Le 22 juin, la cicatrisation est complète, et la malade guérie quitte l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION V

M. F..., 24 ans, tisseuse à Saint-Laurent-de-Chamousset (Rhône), entrée le 12 juin 1890.

Pas d'antécédents, mais on rencontre quelques goîtres à Saint-Laurent.

Il y a dix ans que la malade a vu apparaître son goître, développé à droite, d'abord petit, indolent, mais influencé par les règles.

Actuellement, on constate à droite une tumeur grosse comme une orange, glissant sur les parties profondes, de consistance élastique et semblant fluctuante. On sent, en dehors du bord postérieur du sterno-mastoidien, deux autres petites tumeurs, qu'on prendrait pour des ganglions, s'ils ne suivent les mouvements du larynx.

La malade ne présente ni dyspnée, ni dysphagie, mais elle est un peu oppressée quand elle fait un exercice violent.

Le 16 juin 1890 : énucléation.

Incision verticale de 8 centimètres à droite, sur la partie saillante de la tumeur, et section des muscles sterno-hyoidien et sterno-thyroidien, étalés à sa surface. La grosse tumeur ne renferme pas de liquide, mais est constituée par une masse pulpeuse, avec épaisses cloisons fibreuses.

Elle est alors en partie énucléée ; mais quand on arrive au niveau de la fourchette sternale, on trouve de nombreux petits kystes qui lui sont accolés, formant ainsi une masse polykystique, plongeant derrière le sternum, et qu'on enlève avec difficulté. A la partie postérieure de la glande, se trouvent encore de nombreux petits kystes non énucléables, mais M. Poncet préfère attendre plutôt que d'enlever tout le lobe thyroïdien.

Pas d'hémorrhagie notable pendant l'opération, mais pour assurer l'hémostase quatre ou cinq ligatures au catgut sont nécessaires.

Le 24 juin, cicatrisation complète, bon état général de la malade, qui quitte l'hôpital.

Aujourd'hui, l'état général de la malade est excellent ; sa voix est restée toujours un peu voilée ; aux changements de température, elle éprouva pendant un an des tiraillements dans la région opérée. Le cou n'est nullement déformé ; il ne s'est pas produit de récidives, la cicatrice est à peine apparente. L'état anémique primitif de la malade a disparu depuis l'opération.

OBSERVATION VI

M. U..., ménagère à Saint-Didier-d'Aoste (Isère), entrée le 6 juillet 1890.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Réglée à 13 ans. Peu après ses premières règles, se développe sur la partie antérieure du cou, à gauche de la ligne médiane, une tumeur qui resta petite jusqu'à l'âge de 25 ans.

Mariée à 25 ans. Dix-huit mois après, à la suite de ses couches, elle constate que la tumeur se développe ; elle a trois enfants et chaque accouchement est suivi d'un accroissement rapide de la tumeur, qui devient plus grosse au moment des règles.

Actuellement, nous trouvons une énorme tumeur développée aux dépens du lobe gauche de la thyroïde, et retombant sur la première pièce du sternum et sur les cartilages costaux. Deux grosses veines descendent entre la tumeur et la peau, qui est de coloration normale et présente une circulation veineuse supplémentaire assez développée.

Le goître occupe toute la région cervicale entre les deux muscles sterno-mastoidiens : il est rénitent, et la fluctuation y est très nette. Pas de troubles fonctionnels, ni changement de voix, ni gêne de la respiration et de la déglutition ; mais la malade doit toujours marcher la tête haute.

Le 11 juillet 1890 : énucléation.

Incision verticale de 15 centimètres ; énucléation faite très

tacilement et sans hémorrhagie notable ; quatre ou cinq ligatures, celles entre autres des thyroïdiennes supérieures sont nécessaires. Lavage, drainage, sutures et pansements ordinaires.

La tumeur enlevée est mixte et renferme dans son épaisseur de nombreux petits kystes.

Le soir de l'opération, la malade a la migraine : c'est l'époque où elle l'a habituellement. Dans la nuit elle a quelques vomissements, et l'écoulement d'un liquide séro-sanguinolent souille le pansement.

Le 12 juillet, le pansement est renouvelé, et le 18, la plaie étant cicatrisée, la malade quitte le service.

Aujourd'hui, l'état de la malade est excellent, le cou n'est nullement déformé et ne présente pas de récidence ; la cicatrice est peu visible, il n'y a pas trace de cachexie.

OBSERVATION VII

B. R., 52 ans, ménagère à Tarare (Rhône), entrée le 26 octobre 1890.

Pas d'antécédents, pas de goîtres dans sa famille. Réglée à 14 ans, mariée à 24 ans ; a eu un enfant, ménopause à 49 ans, n'a jamais été malade.

A 22 ans, elle s'aperçut d'un goître qui siégeait sur le lobe médian du corps thyroïde, et était gros comme une noisette. Depuis lors, il a augmenté peu à peu, est resté indolore, nucléé, suivant les mouvements du larynx, mais il a causé des phénomènes de congestion cérébrale dans les moments où il a pris un accroissement rapide.

Aujourd'hui, la tumeur, étendue entre les deux sternomastoidiens, retombe jusqu'à la seconde côte et a presque le volume d'une tête d'enfant.

Le 8 octobre 1890 : énucléation.

La peau incisée sur toute la longueur du goître, on tombe sur un kyste, dont la ponction donne issue à un liquide hé-

matique abondant. On énuclée ensuite facilement la plus grande partie du kyste, mais on est obligé d'enlever une partie de la glande, qui lui adhérerait fortement, ce qui nécessite quelques ligatures. Lavage, drainage, sutures et pansement antiseptique à la gaze iodoformée.

Le soir, la température de l'opérée s'élève à 39° 5 pour retomber le surlendemain à 37° 5.

Le pansement n'est pas renouvelé, et la plaie étant cicatrisée dix jours après, la malade quitte le service le 20 octobre.

Nous n'avons pu avoir de nouvelles de cette malade.

OBSERVATION VIII.

M. J..., demeurant à Saint-Nicolas de Péroie (Haute-Savoie), entrée le 16 novembre 1890.

Pas de goîtres dans sa famille, mais ils sont nombreux dans son village.

Il y a six mois, la malade s'aperçut d'une tumeur molle, du volume d'une noix, indolente, située à la région médiane du cou. Depuis deux mois, elle a grossi de manière à gêner la respiration et la déglutition ; la voix est devenue plus sourde, et les règles ont cessé.

Actuellement, la malade présente une tumeur kystique, siégeant sur la partie médiane du cou, et retombant au-devant du sternum. La poche est très tendue et se limite parfaitement, mais il est difficile d'y sentir la fluctuation.

Le 24 novembre : énucléation.

Incision verticale de 12 centimètres, énucléation, après ponction du kyste, facile à faire, et sans hémorrhagie notable.

Mêmes soins consécutifs que pour les autres opérées.

Aujourd'hui, la malade est toujours un peu oppressée, mais il n'y a pas de tumeur nouvelle ; le cou n'est nullement déformé et la cicatrice est à peine visible ; sa santé habituelle est bonne, à part un rhume, dit-elle, qu'elle avait déjà, quand on l'a opérée.

OBSERVATION IX

J. G..., 23 ans, boucher, demeurant à Lyon, né à Vienne (Isère), entré le 17 février 1891.

Pas d'antécédents, pas de goîtres dans sa famille. A 12 ans, ayant perdu ses parents, il se retire chez son tuteur, à Saint-Jean-de-Maurienne, où les goîtres foisonnent.

A 13 ans, il s'aperçut d'une petite tumeur, siégeant sur la partie latérale gauche de la thyroïde. A 17 ans, on lui enleva cette tumeur, grosse comme une mandarine. Mais deux tumeurs, l'une à droite, l'autre à gauche, qui étaient alors naissantes, ont continué à s'accroître et ont forcé le malade à entrer de nouveau à l'Hôtel-Dieu. A la palpation, ces tumeurs présentent une rénitence, qui fait penser à des goîtres kystiques.

Le 23 février : énucléation.

Incision médiane, unique, suffisante pour atteindre les divers kystes : après avoir enlevé trois ou quatre kystes, du volume d'une noisette, à contenu hématique, on procède à l'énucléation de deux masses solides, qui s'enlèvent très facilement. Une petite hémorrhagie en nappe, qui se produit, est facilement arrêtée par la compression et des ligatures.

Le soir de l'opération, la température s'élève à 39° 5, sans pourtant qu'il y ait infection, et ne retombe à la normale que trois jours après.

Nous n'avons pu avoir de nouvelles de cet opéré.

OBSERVATION X

L. D..., 24 ans, mineur à Saint-Bel (Gard), entré le 4 mars 1891.

Pas d'antécédents, pas de goîtres dans sa famille. Il y a un mois, après avoir pris froid dans les galeries de la mine, il dut quitter quelque temps son travail : outre un peu de fièvre, il

avait de la dysphagie, des accès de suffocation, quand il voulait faire un effort ; et c'est alors qu'il s'aperçut d'une tumeur siégeant à la partie antérieure du cou. Quand la fièvre eut cessé et que le malade eut repris son travail, il vit la dysphagie continuer, et, quand il se baissait pour exercer son métier, la respiration était fortement gênée.

Le malade entre alors à l'Hôtel-Dieu : il présente une tumeur située à la partie antérieure du cou, indolore, grosse comme un œuf ; au palper, on sent le corps thyroïde, uniformément hypertrophié ; il présente, de plus, deux saillies : l'une située au bord supérieur droit, l'autre au bord inférieur gauche, et donnant la sensation de poches tendues. Le malade a toujours de la dysphagie et de la dyspnée. La nuit, suffoquant dans le décubitus dorsal, il est forcé de dormir assis.

Le 1^{er} mars 1891 : énucléation.

Incision verticale unique de 12 centimètres et énucléation de cinq kystes, dont l'un était calcaire et un autre présentait des dilatations et des ruptures anévrysmatiques. L'hémorrhagie, assez abondante, nécessita un certain nombre de ligatures.

Après huit jours d'état fébrile, la cicatrisation se fit rapidement, et le 30 avril le malade sortait de l'hôpital.

OBSERVATION XI

E... B..., 22 ans, sculpteur, né et demeurant à Saint-Claude (Jura), entré le 23 mars 1891.

Il a une tante et une cousine atteintes de goître ; de plus, il est natif de la vallée de Saint-Claude, où les goîtres sont très nombreux.

Il y a 18 mois, le malade passa le conseil de révision, et c'est alors que le major lui fit remarquer un goître développé aux dépens du lobe latéral droit et l'exempta pour ce fait. Depuis plusieurs mois, le malade a souffert périodiquement de violentes coliques, et pendant ce temps sa tumeur a aug-

menté considérablement, presque subitement, et est devenue douloureuse. C'est pourquoi le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

Actuellement, on ne constate ni dysphagie ni troubles nerveux du côté du membre supérieur, ni changement de la voix, mais, quand le malade se baisse, il se relève étourdi, et quand il marche vite, l'oppression ne tarde pas à apparaître.

Sa tumeur, développée dans la partie déclive du lobe droit, fait saillie en avant et retombe au-devant de la fourchette sternale : elle donne la sensation d'une poche tendue, rénitente et fluctuante. On constate une déviation à gauche du cartilage thyroïde.

Le 31 mars 1891 : énucléation.

Incision latérale droite de 8 centimètres. On tombe sur un goître kystique ordinaire dont l'énucléation, après ponction de la poche, se fait très facilement et en donnant lieu à une hémorrhagie insignifiante.

Lavage antiseptique, fauillage au catgut des parois thyroïdiennes, pour assurer l'hémostase, drainage, sutures et pansement à la gaze iodoformée.

La température de l'opéré reste élevée pendant les six premiers jours qui suivent l'énucléation, variant entre 38° 5 et 39° 5.

Le 3 mai, la cicatrisation est complète, et le malade guéri quitte l'Hôtel-Dieu.

Aujourd'hui, ce jeune homme se porte très bien ; le cou n'est nullement déformé, mais la cicatrice est encore assez apparente ; la voix ni la respiration ne sont gênées ; le malade ne présente aucun signe de cachexie.

OBSERVATION XII.

M. M..., 23 ans, demeurant à Moras (Isère), entrée le 21 avril 1891.

Pas de goîtres dans sa famille, ni dans son pays.

La malade s'aperçut seulement à 20 ans d'une tumeur, sié-

geant à la partie latérale droite du corps thyroïde. Depuis elle a grossi peu à peu, sans être influencée par les règles, et sans provoquer ni dyspnée, ni dysphagie, ni douleur.

A la palpation, on sent une tumeur rénitente, donnant la sensation d'une poche tendue, limitée en bas par la clavicule et la fourchette sternale, et sous-jacente au sterno-mastoidien.

Le 27 avril : énucléation.

Incision de 8 centimètres, parallèle au bord interne du sterno-mastoidien ; on tombe sur un gros kyste, du volume d'un œuf de dinde, et on ne voit pas d'autres tumeurs voisines.

La ponction du kyste donne issue à un verre de liquide hématique et à 10 ou 20 grammes d'une substance molle, tapissant la face interne de la poche. L'énucléation, assez pénible, est accompagnée d'une hémorrhagie assez abondante, qu'on arrête facilement au moyen de gros tampons de gaze iodoformée, tassée dans la poche. Celle-ci a 2 ou 3 millimètres d'épaisseur. En arrière du kyste, est un nodule parenchymateux qu'on extrait facilement.

On pratique deux ligatures dans l'épaisseur du tissu thyroïdien, puis, pour assurer l'hémostase, on suture les bords de la plaie thyroïdienne, des muscles et de l'incision cutanée, après lavages et drainage dans le fond de la poche.

Nous avons pu avoir des nouvelles de cette malade, aujourd'hui mariée. Sa santé est excellente, la cicatrice est à peine apparente ; la voix et la respiration n'ont jamais été gênées depuis l'opération ; le cou n'est pas déformé ; il ne s'est pas développé de tumeur nouvelle.

OBSERVATION XIII.

Emilie C..., 19 ans, demeurant à Alikan (Drôme), entrée le 28 mai 1891.

Parents bien portants, non goitreux.

La malade s'est bien portée jusqu'à 12 ans. A ce moment,

apparut sa tumeur, qui fut bientôt grosse comme une mandarine et se mit à grossir de plus en plus. Cette jeune fille sourde, plus ou moins idiote, ne parlant guère que le patois, ne peut donner que peu de renseignements.

Actuellement, on constate à la région antérieure du cou une tumeur plus grosse qu'une tête de fœtus, non adhérente à la peau, mais adhérente à la trachée. Elle est développée à peu près également des deux côtés et est constituée par une masse mamelonnée, dont chaque éminence est formée par une saillie arrondie. La tumeur n'a aucune tendance à plonger derrière le sternum; elle est surtout développée latéralement. Pas d'accès de suffocation, pas de cornage, voix faible, crétinisme avancé.

Le 12 juin 1891 : opération.

Large incision en H, comprenant la peau et tous les plans musculaires, jusqu'au bord interne du sterno-mastoidien.

Tout le tissu thyroïdien est farci de noyaux solides et kystiques, avec quelques points calcifiés. Ces kystes ont du volume d'une noix à celui d'un pois : on ne trouve presque pas de kyste à contenu liquide, mais des masses plus ou moins molles, diffluentes et des masses solides. En présence de cette grande quantité de petites tumeurs, M. Poncet se résout à en laisser un certain nombre.

Pendant l'opération, tendance syncopale accentuée, pouls petit, phénomènes d'asphyxie. Une hémorrhagie en nappe assez abondante est arrêtée par compression et des ligatures dans le tissu de la glande.

Lavages antiseptiques, drainage de chaque cavité, sutures pour chaque lobe thyroïdien et sutures des muscles et de la peau; pansement antiseptique.

A une heure de l'après-midi, mort de la malade; légère cyanose et arrêt brusque de la respiration et de la circulation.

Dans le cours de l'opération, lorsque le pouls avait faibli, et quand M. Jaboulay soulevait pour le luxer en dehors le lobe latéral gauche, M. Poncet avait entendu un bruissement léger et avait songé à l'entrée de l'air dans les veines : on

appliqua vite un tampon là où ce phénomène s'était produit; ce fait explique cette mort rapide, et c'est d'ailleurs ce que l'autopsie a confirmé.

Le 13 juin : autopsie.

Légère hémorrhagie dans le pansement : 40 grammes. On fait sauter les sutures : légères hémorrhagies interstitielles. L'ablation du larynx et de la trachée, avec le reste du corps thyroïde, montre qu'on n'avait enlevé environ que le tiers de la tumeur : les kystes, qui restent, sont analogues à ceux qu'on a enlevés.

Au poumon, légères adhérences pleurales à gauche; aspect de bronchopneumonie. Le cœur est affaissé; pas de caillots dans le cœur droit, ni dans l'artère pulmonaire, mais un sang spumeux, franchement aéré : on suit les veines jugulaires, mais on ne trouve aucune ouverture; l'entrée de l'air se sera faite probablement par une petite veine.

OBSERVATION XIV.

L. F..., 34 ans, ménagère, à Saint-Claude (Jura), entrée le 10 juin 1891.

Pas d'antécédents à noter.

Cette femme possède son goître depuis l'âge de 17 ans. Son accroissement s'est fait lentement, sans brusques poussées, même au moment de ses accouchements.

Actuellement, on trouve un goître du volume du poing, développé uniquement dans le lobe droit du corps thyroïde, où il forme une forte saillie, sur laquelle le sterno-mastoidien semble aplati. Cette tumeur se prolonge latéralement vers les parties profondes en soulevant les vaisseaux.

Pas de déplacement du larynx, ni de gêne de la respiration; voix normale. A la palpation, on ne sent pas de prolongement rétro-sternal; la fluctuation, très nette, se transmet dans tous les sens. Il semble y avoir un kyste unique, enveloppé d'une certaine épaisseur de tissu glandulaire.

Le 12 juin : énucléation.

Incision de 12 centimètres, suivant le grand axe de la tumeur. Les sterno-hyoidien et thyroïdien, étalés au-devant de la tumeur, sont sectionnés. Arrivé sur le lobe droit du corps thyroïde, M. Poncet incise 4 ou 5 millimètres de tissu thyroïdien pour tomber sur la paroi du kyste, qu'il ponctionne, pour donner issue à un liquide hématique abondant. La poche fibreuse, blanchâtre, de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, calcifiée en certains points, est ensuite énucléée facilement.

Après l'énucléation, les parois de la cavité thyroïdienne donnent une hémorrhagie vite arrêtée par compression et des ligatures apposées sur les joints, qui donnent le plus. Le faufrage des parois complète l'hémostase ; lavages, drainage, sutures et pansement antiseptique.

Le 20 juin 1891, la malade guérie quitte le service.

M. Poncet l'a revue le 3 décembre, c'est-à-dire cinq mois après l'opération. L'état général est excellent ; aucun malaise, aucune gêne fonctionnelle des organes respiratoires.

Localement, la cicatrice est encore représentée par une ligne rougeâtre, à tissu induré. Il n'existe pas de déformation appréciable du cou ; mais, depuis trois semaines, est apparue, sur la ligne médiane, au niveau du cricoïde, une petite tumeur dure, rénitente, manifestement kystique, développée aux dépens du lobe médian, et n'entraînant du reste aucune gêne fonctionnelle. Quant au lobe latéral gauche, il semble avoir son volume normal.

OBSERVATION XV

L. R..., 18 ans, employé à Lyon, entré le 18 juin 1891.

Pas d'antécédents, pas de goîtres dans sa famille.

Le malade ne sait à quelle époque remonte son goitre. Il y a six mois, il s'aperçut que sa respiration était gênée, et qu'il ne pouvait se livrer à aucun exercice violent sans être pris de dyspnée et de suffocation.

Actuellement, il présente au-devant de la trachée une tumeur qui a fait disparaître le creux sus-sternal et plonge profondément derrière le sternum. La gêne respiratoire et de la parole est très accentuée ; les accès de suffocation sont fréquents.

Le 19 juin : énucléation.

Incision verticale médiane, conduisant sur une tumeur solide enkystée. L'énucléation est très-difficile, surtout pour la portion rétro-sternale, où la poche calcifiée présente de fortes adhérences en un point. Pendant l'opération on est obligé de faire la trachéotomie ; hémorrhagie assez abondante, nécessitant quelques ligatures.

Lavage, fauflage des parois de la poche, drainage, sutures et pansement.

Le 26 juin, on enlève la canule ; la cicatrisation se fait rapidement et le 17 juillet le malade guéri quitte le service.

OBSERVATION XVI

L. M..., 26 ans, demeurant à Saint-Péray (Ardèche), entrée le 3 juillet 1891.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

Il y a trois ans que la tumeur s'est développée dans le lobe latéral gauche de la thyroïde ; l'accroissement s'est fait lentement jusqu'au mois de mars dernier. Depuis cette époque, elle a grossi rapidement et a déterminé des accès de dyspnée assez violents, qui forcent la malade à entrer à l'hôpital.

Actuellement, on trouve une tumeur grosse comme une petite orange, très dure, laissant supposer un goître solide.

Le 15 juillet : énucléation.

Incision de 12 centimètres sur le milieu de la tumeur, qui est kystique et dont la ponction donne issue à un liquide hématique abondant. Les parois de la poche ont presque 1/2 centimètre d'épaisseur : celle-ci est énucléée facilement en donnant lieu à une légère hémorrhagie facile à maîtriser.

Pendant les manœuvres opératoires, on observe de la gêne de la respiration ; l'anesthésie est assez laborieuse. A un moment donné, il y a pénétration d'air dans le tissu cellulaire rétro-sternal : on n'entend pas de sifflement, mais on perçoit la crépitation.

OBSERVATION XVII

Cl. F..., 24 ans, domestique à Saint-Clément (Allier), entrée le 30 novembre 1888.

Pas d'antécédents, pas de goîtres dans sa famille, ni dans son pays.

Le début de l'affection remonte à 18 mois. A cette époque, la malade reconnut une petite tumeur, qui la gênait à la partie antérieure du cou. Depuis lors, les phénomènes qu'elle présentait au début sont allés en s'accroissant.

Actuellement, on trouve une hypertrophie assez considérable de la thyroïde ; au devant de la trachée est une tumeur bilobée, chaque lobe situé de chaque côté de la trachée, dont il suit les mouvements. Le volume des deux tumeurs atteint celui d'un gros œuf : elles sont réunies par un prolongement transversal répondant à l'isthme. De plus, la dysphagie est assez marquée, les accès de suffocation fréquents, la respiration difficile.

Le 12 décembre : opération.

Énucléation assez pénible de la tumeur, après ponction de la poche kystique qui donne issue à un liquide hématique. Une hémorrhagie assez considérable nécessite des ligatures. Lavage, drainage, sutures et pansement antiseptique.

Les cinq jours qui suivent l'opération, la température se maintient élevée entre 38°,5 et 39°,5.

Le 18 décembre, on enlève le pansement qui ne contient pas trace de suppuration. Tout est réuni, et la malade quitte le service le 25 décembre.

OBSERVATION XVIII

(Cancer à noyaux énucléables.)

F. B..., 38 ans, couturière à Mâcon, entrée le 4 septembre 1890.

Le début de l'affection remonte à quatre ans, pendant une grossesse. La tumeur ronde, régulière, indolente, siège à droite, s'est accrue lentement pendant les trois premières années et a considérablement augmenté les six derniers mois.

Actuellement, on a une tumeur s'étendant à droite du bord inférieur de la mâchoire jusqu'à la clavicule, déborde la trachée à gauche et présente sur sa face externe deux grosses bosselures. Elle est rénitente, quoique un peu molle, et semble fluctuante en certains points. Peau normale et mobile sur la tumeur. Respiration difficile, accès de suffocation la nuit, changement de voix, pas de dysphagie.

Le 10 septembre : opération.

Incision oblique, suivant le grand axe de la tumeur : on trouve celle-ci encapsulée sur sa face externe. Elle est incisée, mais il ne s'écoule que du sang, et on voit qu'elle n'est constituée que par des masses qu'on reconnaît être du cancer encéphaloïde.

La plus grande partie de la tumeur est énucléable en avant et sur les côtés, mais en arrière elle est adhérente à du tissu néoplasique, attenant à la trachée : on allait procéder à son extirpation, quand la malade succombe à l'entrée de l'air dans les veines.

OBSERVATION XIX

J. R..., 58 ans, demeurant près d'Annecy, entrée le 14 juin 1891.

Le 22 juin, M. Poncet lui fit l'ablation d'un gros kyste cal-

cifié de la thyroïde, du volume d'une grosse orange, et qui était accompagné d'une thyroïdite suppurée, et qui faisait croire d'abord à une dégénérescence cancéreuse : il refoulait à droite le cartilage thyroïde qu'on sentait très nettement sous la peau. La tumeur siégeait dans le lobe latéral gauche et était recouverte d'une peau rouge et œdémateuse.

Large incision de 8 à 10 centimètres : on tombe sur une poche calcifiée, dont l'énucléation est assez facile, bien qu'elle fût adhérente en certains points et mesurant 5 à 6 millimètres d'épaisseur. Ensuite, on pratique à droite l'ouverture d'un abcès, développé dans le tissu thyroïdien voisin du kyste.

L'hémorrhagie en nappe est assez abondante et difficile à maîtriser ; quelques pinces sont même laissées à demeure. Les sutures de la plaie thyroïdienne sont faites avec des fils de soie ; drainage, sutures de la peau, pansement antiseptique, comme d'ordinaire.

La température de la malade reste élevée les jours qui suivent l'opération ; les vomissements sont nombreux et abondants ; on voit apparaître tous les symptômes de la septicémie. Aussitôt, le pansement est enlevé ; on fait sauter les points de suture et on pratique un lavage antiseptique, après évacuation des liquides purulents. On refait le pansement. Après un certain temps, amélioration de la malade, qui retourne chez elle sans être complètement guérie.

OBSERVATION XX

L. C..., 40 ans, demeurant dans l'Ardèche, venu se faire opérer à l'Hôtel-Dieu le 26 décembre 1891.

Le malade est de l'Ardèche, mais est allé demeurer au mois d'août dans les Alpes, dans un pays où les goîtres sont très-nombreux. Au mois d'octobre, il s'est aperçu du développement de sa tumeur. Celle-ci est développée aux dépens du lobe médian et de la partie inféro-interne du lobe gauche ; elle est bosselée, rénitente, du volume d'un œuf de poule,

mal limitée, et elle suit les mouvements de la trachée. Pas de dysphagie, pas de dyspnée, pas de troubles de la voix ; le malade se fait opérer, parce qu'il craint que sa tumeur augmente.

Le 26 décembre : énucléation.

Incision de 8 centimètres sur la partie la plus saillante de la tumeur ; on passe dans l'interstice des fibres musculaires étalées, qu'on dilate avec la sonde cannelée et les doigts. On aperçoit au fond de la plaie une tumeur grisâtre, qui, ponctionnée avec la pointe du bistouri, donne issue à 40 grammes d'un liquide hématique ; on saisit avec des pinces les deux lèvres du kyste, qu'on énuclée ensuite très-facilement avec les doigts.

Au-dessous, on perçoit 5 ou 6 petites tumeurs kystiques et charnues, agglutinées entre elles, et capitonnant la face interne du lobe gauche. L'incision de l'un de ces kystes donne issue à quelques gouttes d'un liquide chargé de paillettes de cholestérine. Les autres tumeurs, du volume d'un grain de raisin, à contenu muqueux plus ou moins épais, s'énucléent facilement avec la pulpe de l'index.

Hémorrhagie en nappe insignifiante ; une seule ligature sur une petite artériole, appartenant à la poche ; trois sutures au catgut sur les tissus thyroïdiens divisés, drainage, sutures de la peau, pansement antiseptique ordinaire.

Observations communiquées par M. Jaboulay.

OBSERVATION XXI.

Femme de 40 ans, entrée salle Saint-Paul, dans le service de M. Poncet au mois d'avril 1891, opérée par M. Jaboulay.

Cette femme, qui a été opérée pour la troisième fois d'un myxo-sarcôme du maxillaire supérieur, a vu grossir depuis quelque temps un vieux goître.

Le 12 avril : énucléation intraglandulaire facile, pratiquée comme nous l'avons indiqué ; sutures en faufilage, etc.

Le lendemain, hémorrhagie de la paroi ; ablation des fils de suture, parce que l'infiltration sanguine est considérable : elle envahit tout le côté et la voix est éraillée et la respiration difficile. La plaie est débarrassée des caillots et lavée ; des vaisseaux saignent en haut et à droite, on les serre avec des pinces : celles-ci n'arrêtent rien ; aussi M. Jaboulay songe un instant à pratiquer la trachéotomie, pour faire ensuite une compression énergique.

Mais, après avoir fait, à l'aide de tampons, une compression douce et prolongée, le sang s'arrête au bout d'une demi-heure, et, au lieu de faire un pansement circulaire et par suite compressif, il fait un simple pansement au collodion.

L'hémorrhagie a donc cessé après les manœuvres suivantes : 1° Ouvrir la plaie et enlever les caillots ; 2° comprimer légèrement et longtemps ; 3° mettre un pansement à plat, et non circulaire, pour favoriser la circulation de retour ; 4° faire mettre la malade dans la station assise.

La malade est sortie parfaitement guérie de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION XXII

Jeune homme de 26 ans, entré à l'Hôtel-Dieu au mois d'avril 1891.

Goître plongeant suffocant de la grosseur d'une noix, qui file vers le sternum et cause des accidents de dyspnée.

Incision de la peau sur la ligne blanche, section des muscles et de la capsule thyroïdienne, et énucléation plus ou moins difficile de six nodules de la grosseur d'une noisette ; c'est leur réunion qui formait le lobe médian prélatéral, visible et sensible sous la peau.

A la fin de l'opération, anesthésie profonde, bien que la quantité d'éther respiré ait été peu abondante; on a beaucoup de peine à faire parler le malade : ceci est d'autant plus curieux que pendant l'opération, au moment de l'ablation des nodules goitreux, quand on tirait sur eux, on a eu une période d'agitation excessive.

Les suites de l'opération n'ont présenté rien de remarquable, et l'opéré est sorti complètement guéri de l'hôpital.

OBSERVATION XXIII

Femme âgée de 46 ans, entrée dans le service de M. Poncet, salle Saint-Paul, le 11 juillet 1891, présentant un vieux goître enflammé, suppuré. Après incision cutanée très large, on tombe sur deux grosses poches kystiques purulentes, à parois épaissies et calcifiées en quelques points. Après une énucléation assez laborieuse, on arrête facilement l'hémorrhagie et on pratique le faufilage des parois de la plaie thyroïdienne avec des fils de soie.

A la suite de son opération, la malade présente des phénomènes de septicémie assez graves et la paralysie de la corde vocale gauche. Elle sort néanmoins guérie de l'hôpital, mais avec un certain degré d'aphonie.

OBSERVATION XXIV

Femme entrée, au mois d'août 1891, dans le service de M. Poncet, salle Saint-Paul, opérée par M. Jaboulay.

Kyste multiloculaire du corps thyroïde, de la grosseur d'une orange, plongeant en partie, avec altération de la voix; pas de goître exophthalmique, ni de tachicardie, ni de tremblement. La malade est une jeune fille de 18 ans, mal réglée; le début de sa tumeur s'est fait lentement et remonte à plusieurs années.

Énucléation intraglandulaire : incision médiane de 6 à 8 centimètres, élargissement des muscles et incision des parois thyroïdiennes. A un moment donné, on entend un sifflement dû à l'entrée de l'air dans les veines, mais il n'y a pas de retentissement sur le cœur, ni l'état général. L'excision du kyste donne issue à un liquide hématique; puis énucléation facile de la poche.

Quelques artérioles donnent un jet de sang, qu'on arrête par des pinces mises sur le tissu thyroïdien; le faufilage de la plaie thyroïdienne assure l'hémostase définitive. Comme le tissu thyroïdien plonge derrière le sternum, un fil est placé verticalement de la partie supérieure à la partie inférieure de la plaie, dans le but de remonter la portion rétrosternale, ce qui est d'ailleurs obtenu aisément. Sutures des muscles de la peau.

Après ces sutures, l'hémostase est parfaite; la respiration est facile (pendant l'opération il y avait eu un peu de tirage); il existe un peu de dysphagie les jours qui suivent l'opération; mais les fils ont suppuré et entretenu longtemps des fistules : à la fin de septembre, la malade guérie quitte le service.

L'énucléation est donc bien souvent praticable : d'après la statistique de M. Poncet, le chirurgien se trouverait, quatre fois sur cinq, en présence de goîtres justiciables de la strumectomie. Dans les autres cas, on devra pratiquer la thyroïdectomie partielle, en raison des caractères anatomiques de la tumeur, qui rendent toute énucléation impossible. Sur 28 goîtres, opérés dans ces deux dernières années dans le service de M. Poncet, 23 étaient constitués par des noyaux encapsulés et énucléés par la méthode de Socin; les 5 autres étaient constitués par l'hypertrophie en masse du parenchyme glandulaire, d'où la nécessité de la thyroïdectomie.

Enfin, sur 31 goitreux dont nous avons recueilli l'observation dans le service de M. Poncet, 23 étaient atteints de goîtres unis ou polykystiques, 5 de goîtres interstitiels diffus, et 3 fois il s'agissait de cancer de la thyroïde : les tumeurs malignes de cette glande ne sont donc pas très rares, ainsi qu'on le croyait généralement ; on les rencontre en moyenne une fois sur dix.

VI

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE CETTE OPÉRATION

Il résulte donc de toutes nos observations, que l'énucléation intraglandulaire des goîtres, tant solides que liquides, est possible dans la majorité des cas ; qu'elle est ordinairement facile et n'expose le malade à aucun danger opératoire ni à aucune suite fâcheuse.

La strumectomie est une opération rationnelle, vu le peu d'adhérences qui unissent la tumeur à la glande, et une opération radicale, enlevant toutes les parties dégénérées du corps thyroïde, qui doit être adoptée, comme méthode de choix, pour les nombreux avantages qu'elle présente, tant au point de vue thérapeutique qu'opératoire et esthétique.

Au point de vue thérapeutique, son résultat est parfait, puisque, comme nous venons de le dire, par la strumectomie, on enlève tout le mal. Toutefois, on pourra

objecter que ce procédé, s'attaquant aux parties vraiment dégénérées, respecte des parties saines en apparence, et expose davantage aux récidives que la thyroïdectomie partielle. Pour répondre à cette question, il nous faudrait avoir des statistiques nombreuses et revoir tous les opérés plusieurs années après leur opération.

Toutefois, nous pouvons dire qu'*à priori*, la strumectomie doit exposer davantage aux récidives que la thyroïdectomie partielle : Billroth, Wolfler, Reverdin et beaucoup d'autres ont dû, en effet, pratiquer sur quelques-uns de leurs malades des extirpations partielles quelques mois ou quelques années après leur avoir fait l'énucléation. Sur vingt-un cas d'énucléation, Socin dit n'avoir eu que trois récidives. Parmi les opérés de M. Poncet, dont nous avons pu avoir des nouvelles, nous trouvons deux cas de récidives, mais la plupart des opérations sont trop récentes pour que nous puissions tirer des conclusions.

D'ailleurs, la question des récidives a perdu beaucoup de son importance depuis que, dans l'extirpation totale, le chirurgien laisse intentionnellement des portions de tissu glandulaire et de tissu goîtreux dans le but qu'il se développe de nouveaux tissus glandulaires. De plus, nous savons que, dans les thyroïdectomies partielles, les récidives sont assez fréquentes, surtout quand les sujets ont été opérés à la période de croissance, en sorte qu'on peut dire que strumectomie et thyroïdectomie partielle présentent, vis-à-vis des récidives, à peu près les mêmes garanties.

La question des récidives mise de côté, les résultats de la strumectomie peuvent être regardés comme par-

faits, en ce que cette opération n'exerce aucune influence fâcheuse sur la santé générale : bien plus, l'une des malades opérée par M. Poncet aurait vu disparaître rapidement son état anémique à la suite de l'opération.

On conçoit, en effet, facilement que la strumectomie ne soit jamais suivie de cachexie strumiprivo : s'il est vrai, comme le dit Reverdin, qu'il suffise de conserver à l'organisme une portion de la glande, ce grave accident est conjuré, puisque nous n'enlevons que les parties dégénérées et ne fonctionnant plus. Si d'autre part, comme l'a prétendu Baumgartner, le myxœdème est la conséquence d'une lésion des nerfs récurrents, nous n'avons pas encore à le redouter : nous travaillons à l'intérieur même de la glande, et ces nerfs, situés à la périphérie, se trouvent par là même respectés.

C'est pour le même motif que nous n'observons jamais que des paralysies réflexes des cordes vocales, sans rencontrer d'aphonie consécutive aux lésions de ces mêmes nerfs récurrents.

Aucun des chirurgiens, qui ont pratiqué l'énucléation, ne déclare avoir observé un seul cas de tétanie à la suite de cette opération. Socin attribue cela, à tort, à ce que les filets nerveux du cou ne sont jamais intéressés. Mais pourquoi ne l'observe-t-on pas à la suite de l'extirpation des tumeurs ou des ganglions du cou, pendant laquelle ces mêmes filets sont si souvent lésés ? Il est plus vraisemblable de croire que la tétanie est due à la suppression des propriétés du corps thyroïde, puisque, comme le myxœdème, on ne l'a rencontrée qu'après la thyroïdectomie totale. C'est là encore un sérieux avantage de l'énucléation, si l'on songe à la gravité de cette

dernière complication : Reverdin eut une de ses malades, prise de tétanie le jour même de son opération, qui en mourut deux jours après.

De même les troubles psychiques immédiats, les accès de manie aiguë sont propres à la thyroïdectomie totale.

Nous n'observerons pas non plus l'aplatissement de la trachée après l'opération et les troubles dyspnéiques qui s'en suivent, puisque nous laissons à la trachée, dans la glande thyroïde, le support qui la maintient béante.

Nous sommes donc à l'abri des suites fâcheuses que l'on observe parfois après la thyroïdectomie : depuis l'antisepsie nous n'avons plus à craindre les morts par infection, et la strumectomie restreint encore les cas de mort par shock traumatique, les seuls cas de mort immédiate qui subsistent, en limitant autant que possible le champ opératoire.

D'ailleurs, sur 60 cas, recueillis par Wolfler, de malades opérés par lui, par Billroth ou par Socin, deux fois seulement la mort se produisit : une fois le troisième jour, à la suite d'une broncho-pneumonie double, et une autre fois à la suite d'infection (l'opération avait été complétée par une trachéotomie). De même, M. Poncet n'a eu qu'un cas de mort à enregistrer, à la suite d'un accident opératoire, qui avait permis à l'air d'entrer dans les veines.

Quant aux autres malades, il s'est toujours produit une guérison rapide et la plaie a guéri habituellement sans aucune vive réaction : nous avons toujours vu la température ne s'élever que faiblement le soir de l'opération pour retomber bientôt à la normale. Ordinairement, la cicatrisation est rapide et, après dix ou douze

jours, nous avons vu beaucoup d'opérés guéris pouvant quitter l'hôpital; cependant, nous avons vu deux malades présenter de graves symptômes de septicémie : l'une même de ces malades eut pendant quelque temps du délire; il est à remarquer que chez ces deux opérés les ligatures avaient été faites avec des fils de soie. Depuis que M. le professeur Poncet emploie exclusivement le catgut, il n'en a pas observé un seul cas.

Les avantages au point de vue opératoire ne sont pas moins grands : la strumectomie est, en effet, une opération relativement facile et exempte de dangers, que tous les chirurgiens peuvent entreprendre sans crainte; elle n'est pas comparable à la thyroïdectomie, même partielle, comme labeurs, comme difficultés et comme dangers opératoires. Le chirurgien, comme nous l'avons vu, peut en toute sécurité endormir son malade, sans s'exposer aux phénomènes d'asphyxie qui ont accompagné parfois l'anesthésie dans la thyroïdectomie.

Après avoir pris les dispositions indiquées au chapitre du manuel opératoire, il peut de plus opérer à son aise, ayant à pratiquer une opération en surface très peu pénible. Travaillant à l'intérieur même de la glande, il sera par là même à l'abri des lésions de voisinage, qui compliquent parfois d'une façon si fâcheuse la thyroïdectomie et les opérations en général pratiquées sur le cou. Les lésions des nerfs récurrents, des artères thyroïdiennes, des paquets vasculo-nerveux du cou sont ainsi évitées; il faudrait des énucléations bien étendues pour que ces lésions se produisent. C'est pourtant ce qui arriva une fois à Billroth dans un cas où le goître allait de la thyroïdienne supérieure à la thyroïdienne inférieure :

une abondante hémorrhagie de ces deux artères le força à pratiquer une thyroïdectomie partielle.

On a beaucoup discuté sur l'hémorrhagie qui se produit pendant l'opération : elle est ordinairement à peu près nulle, et quand elle est assez abondante, elle n'est pas dangereuse, vu la facilité extrême avec laquelle les aides peuvent la réprimer. C'est du moins ce qui ressort des strumectomies, auxquelles nous avons pu assister, et en tout cas, elle ne nous a jamais paru aussi abondante que dans les opérations de thyroïdectomie.

Porta avait déjà signalé cette absence d'hémorrhagie : « Ainsi donc, dit-il, on ne s'expose à une hémorrhagie grave que quand on veut disséquer l'enveloppe externe ; les hémorrhagies à l'intérieur de la glande sont sans importance. » Socin, après lui, eut le mérite de montrer que l'incision de la glande, pratiquée, pour arriver sur la tumeur, ne donnait lieu qu'à une hémorrhagie sans gravité : de même l'écoulement de sang est très peu abondant pendant l'énucléation, vu la minceur des vaisseaux qui se rendent au goître. D'ailleurs, si, pour arriver jusqu'à lui, on rencontre de grosses veines, il est toujours facile de les sectionner entre deux ligatures. Et, puisque nous opérons loin des bords de la glande, il est évident que nous n'aurons jamais de ces violentes hémorrhagies, dues à la lésion des artères thyroïdiennes : et c'est dans des cas exceptionnels que cette complication arriva une fois à Billroth et deux fois à Socin.

Souvent, après l'énucléation de la tumeur, il se produit à l'intérieur de la glande des hémorrhagies, provenant de petits vaisseaux du parenchyme, et qu'il est difficile de maîtriser. Billroth et Wolfler ont lutté contre

elles en mettant des pinces hémostatiques qu'ils laissaient vingt-quatre heures, ou au moyen d'un tamponnement de plusieurs heures. Mais ces tamponnements compliquent singulièrement les suites de l'opération, qu'on ne peut complètement terminer du même coup ; de plus, ils peuvent comprimer en même temps la trachée ramollie, d'où accidents asphyxiques ou les nerfs récurrents, d'où troubles passagers et même durables dans les fonctions laryngées.

D'autres chirurgiens ont conseillé, dans ce cas, la ligature des artères afférentes et veines afférentes : nous savons les difficultés qu'elles présentent. Socin a dû parfois exercer la compression au moyen d'une éponge, et souvent, pour arrêter l'hémorrhagie, il en est arrivé à pratiquer 40 et 50 ligatures. Enfin, Rose, afin d'opérer sur un terrain parfaitement exsangue, a proposé de placer une ligature élastique avant de commencer l'opération : ce procédé, qui aurait donné trois succès complets à son auteur, n'est vraiment pas pratique, vu surtout la difficulté qu'éprouve le chirurgien à placer cette ligature.

Le procédé de M. le professeur Poncet, pour assurer l'hémostase après l'énucléation, c'est-à-dire le fauillage des parois de la plaie, tel qu'il le pratique, est bien préférable ; il permet de terminer de suite l'opération, il n'en augmente pas la durée, et est très facile à exécuter. De plus, joint à une légère compression, il arrête parfaitement l'hémorrhagie, et, dans toutes nos observations, nous ne relevons qu'un seul cas (Obs. II) où l'hémorrhagie consécutive ait forcé de refaire le pansement le lendemain de l'opération.

Pour nous résumer, nous pouvons dire que, dans l'énucléation, l'hémorrhagie est peu abondante et facile à maîtriser, et ce n'est absolument que dans des cas exceptionnels, comme ceux dont nous avons parlé plus haut, que le chirurgien doit lutter contre de terribles hémorrhagies.

Si la technique opératoire de la strumectomie est ordinairement facile, un temps de l'opération peut présenter parfois de réelles difficultés : je veux parler de la mise à nu de la tumeur, qu'il n'est pas toujours possible de délimiter du tissu glandulaire. Cette difficulté a même, dans certains cas, forcé le chirurgien à abandonner l'énucléation pour faire une extirpation ; et c'est peut-être ce motif qui, autrefois, a engagé Billroth à laisser de côté cette méthode. Il est, en effet, arrivé à plusieurs chirurgiens, qui n'étaient pas encore sur la tumeur, de pénétrer dans le tissu de la glande et de faire une thyroïdectomie sous-capsulaire, accompagnée d'une hémorrhagie très abondante. Aussi ne doit-on jamais entreprendre l'énucléation que certain d'être arrivé sur la capsule du goître, qu'on ne doit plus alors abandonner un instant.

Deux autres difficultés de la strumectomie, dont nous avons déjà parlé, résident dans les adhérences qui unissent intimement la tumeur et la glande, et dans le nombre exagéré des nodules, complications qui la rendent souvent même impossible.

Il nous reste à mentionner les excellents résultats que cette opération nous donne au point de vue esthétique : ainsi que nous avons pu nous en convaincre, ils sont infiniment supérieurs à ceux obtenus par les extirpations

partielles ou totales. La thyroïdectomie laisse, en effet, un cou difforme : la rondeur normale de la thyroïde est remplacée par une excavation limitée par des cordes saillantes sous la peau et que forment les muscles, d'où résulte un aspect désagréable de la peau, « qui fait songer à un paquet de cordes ». Après l'énucléation, rien de semblable : n'enlevant que les parties malades, on ne fait pas disparaître le coussin naturel que le corps thyroïde forme aux muscles de la région et à la peau, et la forme du cou reste normale. Or, si l'on songe que beaucoup d'opérés sont des jeunes filles, qui, sans jamais avoir été incommodées par leur goître, n'en demandent l'ablation que par raison esthétique, on verra que cet avantage est loin d'être à dédaigner.

CONCLUSIONS

L'énucléation intraglandulaire des goîtres ou strumectomie est possible dans la majorité des cas, et doit être pratiquée toutes les fois qu'elle est possible.

Elle constitue l'opération de choix dans le traitement des goîtres kystiques et charnus enkystés, et ne saurait être mise en parallèle avec d'autres opérations : les ponctions des kystes, les incisions, les injections iodées, les cautérisations avec la pâte de Vienne ou de Canquoin, etc., sont divers modes de traitement qui appartiennent à l'histoire du goître ; le seul traitement vraiment curatif est l'énucléation intraglandulaire.

Elle s'adresse d'ailleurs, comme nous l'avons dit, à la majorité des cas et, d'après la statistique de M. le professeur Poncet, portant sur ces deux dernières années, les goîtres, justiciables de la strumectomie, seraient aux goîtres parenchymateux interstitiels, pour lesquels la thyroïdectomie partielle est le seul traitement, dans la

proportion de 5 à 1. Nous devons dire que, dans les faits de M. Poncet, nous n'avons tenu compte que des observations de ces deux dernières années, car nous n'avons voulu parler que de malades par nous observés et suivis.

Le manuel opératoire de cette intervention chirurgicale est dominé par deux grandes indications :

1° Opérer à plat et au grand jour, c'est-à-dire faire d'emblée de grandes incisions dépassant les limites du néoplasme et comprenant tous les tissus, jusqu'à ce qu'on ait sous l'œil et sous le doigt la tumeur à enlever. Cette mise au jour des tissus pathologiques est souvent favorisée par des décollements méthodiques avec les doigts du tissu voisin, manœuvres qui permettent de luxer en quelque sorte au dehors les différents kystes. L'incision des parties molles, quand elle est unique, doit répondre à la partie la plus saillante de la tumeur ; mais la forme, la longueur de l'incision, etc., sont choses relativement secondaires, si l'on ne perd pas de vue la donnée opératoire générale, ici particulièrement nécessaire, qu'il faut, si l'on ne veut pas être dangereux, transformer une plaie cavitaire en une plaie en surface, sur laquelle on manœuvre à l'aise.

2° Quand il s'agit de kystes liquides, d'un certain volume, l'évacuation de leur contenu et l'incision de la poche rendent l'extraction facile.

A ces conditions, la strumectomie est une opération facile et sans danger. De plus, l'hémorrhagie dont elle s'accompagne n'est point à redouter : l'hémostase se fait d'abord facilement par la compression des tissus cruentés avec un tampon de gaze stérilisée, et est assurée

d'une manière définitive par la suture en fauillage des tissus thyroïdiens, dans lesquels le kyste était inclus.

Le pronostic de la strumectomie est celui des opérations les plus simples. Avec Kocher, Socin, Volfler, Roux, de Lausanne, M. le professeur Poncet considère la strumectomie comme une opération sans gravité. Sur 24 opérations, pratiquées par MM. Poncet et Jaboulay, nous n'avons à enregistrer qu'un seul cas de mort, dû à l'entrée de l'air dans les veines, et dans des circonstances exceptionnelles, comme l'établit notre observation XIV ; il s'agissait d'une dégénérescence complète de la glande, dont l'ancienneté, le volume, les conditions particulières du sujet devaient rendre l'extirpation plus dangereuse.

La strumectomie peut s'accompagner d'une récurrence ou plutôt d'une augmentation appréciable de volume de petits kystes, qui ont pu, on le comprend, échapper à l'œil et au doigt du chirurgien. Cette réapparition de la maladie à une époque plus ou moins rapprochée de l'opération, et que nous avons relatée deux fois sur nos malades observés, peut nécessiter une nouvelle intervention. Dans les énucléations les plus complètes, portant en quelque sorte sur la totalité du parenchyme thyroïdien, et alors, ce qui est l'immense avantage de la strumectomie, qu'il reste assez de tissu pour mettre à l'abri de la cachexie strumiprive, une récurrence peut toujours être à redouter et nécessiter une nouvelle opération. Toutefois, nous tenons à le répéter, les garanties contre les récurrences sont aussi grandes dans l'énucléation que dans la thyroïdectomie partielle.

Enfin, la bénignité de la strumectomie en étend les

indications : ce ne sont plus seulement pour M. le professeur Poncet les troubles fonctionnels, auxquels certains goîtres plongeants constricteurs donnent naissance, qui l'engagent à opérer les tumeurs goitreuses, mais aussi la déformation du cou et la question d'esthétique. Avec la simplicité constante des suites opératoires, il ne voit aucune bonne raison pour refuser à un malade, préoccupé de sa tumeur et ennuyé de sa difformité, une opération qui est sans gravité.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon à imprimer :

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 décembre 1891.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. PONCET.

BOURGES. — IMP. H. SIRE.
